Année 1914 — THÈSE — N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

**Constantin ZALESKI**

Né à Koutno (Pologne russe), le 11 mars 1881

---

# RÉSULTATS ÉLOIGNÉS APRÈS 10 ANS

DES

# Oophorectomies et des Hystérectomies

---

*Président :* M. S. POZZI, *professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1914

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | Auguste BROCA |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUENIOT | LERI | RICHAUD |
| BERNARD | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BRANCA | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIERE |
| BRUMPT | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SAUVAGE |
| CAMUS | LABBE (H.) | MULON | SCHWARTZ (A.) |
| CASTAIGNE | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | SICARD |
| CHAMPY | LANGLOIS | NOBECOURT | TANON |
| CHEVASSU | LECENE | OKINCZYC | TERRIEN |
| COUVELAIRE | LEMIERRE | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | VILLARET |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | ZIMMERN |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Clinique gynécologique

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. DIEULAFOY

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD
Professeur de Clinique obstétricale de Baudelocque

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Enfants-Malades

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELBET
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE
Médecin de la Salpêtrière

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION
Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU
Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS APRÈS 10 ANS

DES

# Oophorectomies et des Hystérectomies

## AVANT-PROPOS

C'est sur le conseil de M. le Dr F. Jayle que nous avons consacré notre thèse à la question si intéressante et, plus particulièrement, à l'étude clinique des symptômes de l'insuffisance ovarienne consécutifs aux hystérectomies et aux oophorectomies pratiquées il y a au moins dix ans, parce que toutes les thèses soutenues jusqu'à présent avaient pour but de montrer les accidents immédiats de l'insuffisance ovarienne suivis d'une intervention de cette nature, donc M. Jayle, à qui nous sommes reconnaissant de l'enseignement que nous avons reçu de lui à la Clinique de gynécologie de la Faculté de Paris, et à qui nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude, nous a inspiré d'examiner les cas des malades opérées il y a au moins dix ans et les troubles qui s'ensuivent. Voici l'ensemble du plan du travail : après avoir rappelé les théories pathogéniques anciennes et nouvelles qu'on édifia sur l'action de l'ovaire et du corps jaune

en particulier, nous exposons l'ensemble des travaux récents qui concordent tous pour adopter une théorie de sécrétion interne de l'ovaire, nous étudions ensuite son action sur différents organes du corps humain, en particulier sur l'utérus, passons aux troubles consécutifs à son ablation seule ou à l'ablation de l'utérus, finissant par le parallélisme entre les troubles immédiats et tardifs, survenus après dix ans de l'opération, en l'appuyant sur 38 cas consignés par nous ou par d'autres élèves dans les cahiers d'observations du service de la consultation de la Clinique de gynécologie de M. le professeur S. Pozzi, mis gracieusement à notre disposition pár M. le Dr Jayle.

Les conclusions tirées de cette étude fermeront notre petit travail, que nous soumettons à la bienveillance du président de la thèse et de ses éminents collègues du jury.

# OVAIRE, CORPS A SÉCRÉTION INTERNE

Claude Bernard, dans son rapport sur le progrès et la marche de la physiologie en France, le premier, a conçu l'existence possible des sécrétions internes.

Depuis ce temps on admet que, d'une manière générale, tous les tissus, tous les organes ont une sécrétion interne qui pourvoit, non seulement à leur défense, mais aussi, bien souvent, à celle de tout l'organisme. L'ovaire ne semble pas échapper à cette loi. Nous savons, aujourd'hui, qu'indispensable à l'espèce, l'ovaire est encore utile à l'individu. A ce double rôle répond une double fonction : l'ovulation et une sécrétion interne qui déverse ses principes spécifiques dans le sang et influence la menstruation.

Les histologistes ont d'abord localisé cette sécrétion dans le corps jaune. Les travaux de Born, Frænkel en Allemagne, de l'école de Prénant en France, tendent à montrer comme acquise la sécrétion interne de l'ovaire en la considérant comme le régulateur des phénomènes menstruels et de la nutrition de l'utérus depuis la puberté jusqu'à la ménopause. Mais puisqu'à la puberté, époque où l'action

de l'ovaire se manifeste à la fois sur l'appareil génital et sur l'organisme tout entier, le corps jaune n'existe pas, et qu'il faut attendre pour sa formation la première ponte ovulaire, c'est-à-dire la rupture après maturité d'un follicule de Graaf, on ne peut faire du corps jaune ni le seul centre sécrétoire de l'ovaire, ni sa sécrétion interne proprement dite.

Tandis que l'école allemande n'envisageait qu'un seul agent de cette sécrétion, le corps jaune vrai ou faux, c'est le mérite de l'école française, avec Prénant et ses élèves Branca, Simon, de considérer aussi les cellules interstitielles péri-vasculaires comme un tissu glandulaire. D'autres opinions tendent actuellement à s'accréditer. C'est ainsi que pour Parhon et Goldstein, les cellules qui entourent le follicule de Graaf seraient sécrétoires, tandis que pour Loisel, le follicule ovarien, véritable appareil glandulaire, tiendrait sous sa dépendance la ponte ovulaire et la formation du corps jaune et la véritable sécrétion interne consisterait dans la résorption des ovules non pondus. Or, la sécrétion du corps jaune a un rôle génital et plus spécialement obstétrical : elle préside à la fixation de l'œuf fécondé dans l'utérus et dans l'hyperplasie de l'utérus destiné à recevoir cet œuf. En outre, on admet maintenant, après bien des discussions, que le corps jaune préside à la nutrition et à la défense du tractus génital. La cellule interstitielle a, au contraire, un rôle général plus important à connaître par le chirurgien, car la suppression de la glande insterstitielle entraîne des

troubles généraux qui atteignent plus directement la castrée.

La nature chimique des sécrétions ovariennes est encore peu connue. On trouve dans ces sécrétions des albuminoïdes figurés, des graisses, des pigments, des substances liquides complexes et des produits toxiques. Le mécanisme par lequel les produits glandulaires exercent leur action n'est pas davantage élucidé.

Est-ce par l'intermédiaire du système nerveux, soit par une action dynamogénique, soit par une nutrition particulière des éléments nerveux ?

Est-ce par l'intermédiaire du sang, véritable milieu intérieur, qui solidarise pour ainsi dire nos organes et nos cellules elles-mêmes?

Brown-Séquard par de retentissantes communications faites à la Société de Biologie et dans *les Archives de physiologie*, a vulgarisé les sécrétions internes et les a fait sortir du domaine de la physiologie pure et du laboratoire pour les faire entrer dans la médecine et la chirurgie. Il créa la méthode séquardienne : panacée universelle qui devait empêcher l'homme de vieillir et de mieux résister aux atteintes du mal et du temps.

La sécrétion interne de l'ovaire concourt à la nutrition et à la défense de l'organisme. Son action intéresse d'abord et surtout la sphère génitale et les caractères sexuels secondaires. Ces derniers expriment la transformation qui se fait à la puberté chez la fillette qui devient femme. En outre, la sécré-

tion de la glande interstitielle agit sur toute l'économie : elle agit favorablement sur le développement du squelette ; sur le système circulatoire : le suc ovarique produit de l'hypotension, contribue à la régulation sanguine, augmente la masse du sang et sa teneur en hémoglobine. Elle agit puissamment sur la régulation du système nerveux. Enfin, elle agit sur les sécrétions : sur la sécrétion lactée, d'abord, qu'elle accroît ; sur la sécrétion urinaire qu'elle augmente et en qualité et en quantité en augmentant les éliminations des phosphates et l'oxydation. Enfin la sécrétion ovarienne active les échanges respiratoires et semble exciter le besoin de nutrition.

La sécrétion interne des ovaires admise, sa valeur et les rapports importants de ces glandes avec les tissus de l'organisme démontrés devaient faire rechercher fatalement tous les troubles de l'organisme, lorsque cette sécrétion est troublée, ou absente. Cette hypofonction ovarienne est observée aux diverses phases de la vie génitale. Cette jeune fille, pâle, anémiée, non encore menstruée ou mal menstruée, si délicate encore, presque une enfant, avec beaucoup d'autres misères doit posséder certainement des ovaires troublés dans leurs fonctions. Cette autre jeune femme, naguère l'image de la vie insouciante et gaie, devient tous les jours un peu plus inquiète : des idées noires la hantent, elle a peur de mourir, elle a en outre des métrorragies abondantes qui l'épuisent et l'obligent à une mobilité déprimante : ici encore des ovaires en hypofonc-

tion sont souvent seuls cause de tout ce sombre tableau. Et cela est si vrai que chez les jeunes filles castrées, il se crée un type neutre, tenant autant de l'homme que de la femme. Roberts (cité par Raciborski *in Traité de menstruation*) nous apprend que les jeunes filles de Bombay qui sont destinées à être eunuques, et de ce fait castrées dans l'enfance, acquièrent des apparences masculines : elles deviennent des femmes étranges, aux hanches étriquées, aux fesses aplaties, au pubis dégarni de poils et aux organes génitaux externes complètement atrophiés.

Il ressort de tous les travaux que cette importante et intéressante question de biologie a suscités, qu'on peut considérer la sécrétion interne des ovaires comme quelque chose d'indispensable à l'organisme féminin, au moins dans la période de formation et d'activité générale pour le bon équilibre physiologique et moral. Si cet équilibre manque, nous aurons le syndrome de l'insuffisance ovarienne créé par Jayle en 1896.

# TROUBLES DUS AUX OOPHORECTOMIES COMPLÈTES

## Historique

D'Ollican, dans *le Traité des eunuques* de 1707, signale que l'ablation des glandes sexuelles chez la femme a été pratiquée dès la plus haute antiquité, et les premières interventions remonteraient à plus de deux mille ans avant l'ère chrétienne. Ainsi, Andromède, roi d'Éthiopie, faisait pratiquer l'ovariotomie chez les femmes qui devaient servir dans son harem comme eunuques femmes. Gygès, roi de Lydie, faisait enlever les ovaires à ses femmes pour leur conserver la beauté et l'esthétique ; les médecins antiques conseillaient la castration dans un certain nombre de maladies : nous voyons Hippocrate la considérer comme un préservatif certain de la goutte ; Fracastorus admettait que la castration était un remède contre la lèpre ; les prêtres de Cybèle guérissaient la folie par la castration ; Galien la conseillait contre la lèpre, enfin, à une époque plus rapprochée de nous, on retrouve, dans *les Mémoires de la*

*Société royale de Médecine de Paris* en 1779, la castration conseillée dans la hernie inguinale.

La première intervention réellement chirurgicale et raisonnée, pratiquée sur les ovaires, fut faite par Percival Pott, en 1790. Il s'agissait d'une hernie double des ovaires ; à ce sujet, Percival Pott, parlant du résultat éloigné observé chez la malade, dit : « elle jouit d'une bonne santé, mais elle est devenue plus grasse et n'a pas été réglée depuis l'opération ».

Il faut aller jusqu'en 1843 pour retrouver l'ovariotomie double pratiquée dans un but gynécologique. Elle a été faite par J. L. Astlée sur une malade présentant un kyste de l'ovaire ; cette opération fut suivie d'un grand nombre d'autres exécutées par Washington, en Amérique ; Walsh, Clay, Bird, Baker-Brown, Spencer-Wels, en Angleterre ; Kœberlé et Péan, en France.

Jusqu'en 1871, on pensait que la femme privée de ses ovaires changeait complètement d'habitus extérieur et même qu'elle prenait un aspect viril.

A partir de cette époque, l'attention commence à être attirée du côté des effets de la castration de la femme. Bailly, en 1871, dans sa thèse, parle d'une malade opérée par Anger, qu'il examina trois ans après. « Avant l'intervention, elle pesait 90 livres, actuellement elle pèse 165 livres ; affaiblissement de la mémoire et de la vue. La voix a changé de timbre ; d'élevé qu'il était, il est devenu plus grave. Les désirs sexuels ont complètement disparu ». Dans une étude sur les ovaires et leurs anomalies, Puech,

en 1873, dit le contraire : « l'extirpation des ovaires n'apporte aucune modification notable dans l'état général des opérées. Ce sont des femmes qui peuvent-être considérées comme étant arrivées brusquement à la ménopause. Elles ne sont plus. il est vrai, sous l'empire d'un besoin érotique impérieux, mais elles n'en sont pas moins bonnes et aimantes ; leurs organes génitaux demeurent excitables ; les seins ne s'atrophient pas ou guère ; elles n'ont pas de tendance à prendre un embonpoint exagéré ; le système pileux n'a éprouvé aucun changement ; le timbre et la tonalité de la voix n'ont pas été modifiés. Dans tous les cas, il y a aménorrhée et santé parfaite. » En 1876, Stahl, parlant de l'opération de Battey, dit à propos des effets éloignés de l'ovariotomie double : « En somme, on obtient les mêmes résultats que chez les femmes qui sont arrivées naturellement à la ménopause. On pourrait dire, elles auront des poussées subites de chaleur, des sueurs, des congestions céphaliques etc... » Kœberlé, en 1878, dans un article sur les ovaires, émet la même opinion que Puech.

Lutaud dans son *Traité de l'ovariotomie normale* qu'il écrivait en 1879 est du même avis. « La castration pratiquée chez la femme adulte ne modifie pas complètement le type féminin et les seuls changements qui méritent d'être mentionnés, sont : l'aménorrhée, la diminution de l'appétit vénérien, l'altération de la voix et l'augmentation de la sécrétion pileuse. » Péan, en 1880, s'exprimait ainsi : « Peu de

temps après l'opération, l'utérus diminue de volume, le vagin devient mou, se rétrécit et se contracte : j'ai vu plusieurs fois survenir, à la suite de la castration ovarienne, des affections cutanées de quelque gravité. Il y a tendance à l'embonpoint et persistance des impulsions sexuelles. La femme reste puissante ; c'est ce qui explique pourquoi, après la castration totale, on n'observe pas chez la femme, la dépression morale, la mélancolie, parfois même les tendances au suicide, dont la fréquence est si grande chez l'homme castré ». Gloevecke est le premier qui, en 1889, ait étudié systématiquement des troubles que détermine l'ablation des ovaires chez la femme ; nous empruntons à Jayle le résumé de cet important mémoire.

Après avoir étudié les rapports qui existent entre la menstruation et l'ovulation, Glœvecke fit ressortir l'influence de la castration sur la menstruation. De recherches personnelles et des statistiques déjà publiées sur ce sujet, il conclut que la ménopause survient après la castration ovarienne dans 86 o/o des cas ; il signale les hémorragies menstruelles complémentaires qu'on remarque parfois après la castration, et arrive aussitôt à l'étude des différents troubles post-opératoires consécutifs à l'ovariotomie et à l'hystérectomie comme des douleurs lombaires, douleurs au niveau des régions ovariennes, bouffées de chaleur, sueurs, vertiges, les fleurs blanches, sorte de menstruation supplémentaire, les palpitations du cœur liées aux bouffées de chaleur, les

céphalées parfois très fortes ; il signale enfin deux cas de légère amnésie. Passant à l'action de la castration sur l'état de la nutrition, Glœvecke trouve que l'embonpoint s'était considérablement développé. Les désirs sexuels seraient amoindris ou éteints.

En 1891, au V^e^ Congrès français de chirurgie Spencer-Wels, de Londres, fit faire un grand pas en arrière à la question ; voici d'ailleurs ses propres paroles : « Il faut se rappeler qu'après l'ablation des ovaires et des annexes, si la malade ne meurt pas, au lieu d'être guérie de ses souffrances, elle reste dans un état de santé générale plus mauvais qu'avant l'opération, en ce sens que les douleurs sont souvent plus violentes, que la menstration ne s'arrête point et qu'il se produit même des ménorragies. Dans certains cas, la notion de l'état de stérilité, dont la perspective n'avait pas été portée à leur connaissance, a troublé gravement l'état mental de certaines opérées. »

Les autres chirurgiens ne partagent pas l'opinion du chirurgien anglais : Lawson-Tait de Birmingham est, à l'inverse de Spencer-Wels très optimiste ; « les brillants résultats obtenus par la castration ne peuvent qu'étendre davantage le champ de cette opération ».

Jayle en 1896 est réellement le premier auteur français qui nous a fait connaître bien exactement les effets physiologiques provoqués par l'ovariotomie, d'abord en contribuant par ses recherches person-

nelles à l'étude approfondie des troubles qui sont la conséquence dc la suppression de cette glande à sécrétion interne, ensuite en publiant les travaux de Glœvecke. C'est d'ailleurs le premier auteur qui ait cherché à établir que l'apparition de ces troubles est en rapport surtout avec l'ablation des ovaires. De son mémoire sur la physiologie de la castration chez la femme, se dégage cette notion que la castration ovarienne est suivie de l'apparition de troubles gênants. Jayle les tient pour constants, mais avec des degrés dans leur intensité.

Richelot en 1899 dans la thèse de Montana de l'examen complet de plusieurs de ses malades chez qui il pratiqua l'hystérectomie vaginale avec l'ablation des ovaires conclut que la fréquence et la gravité des troubles post-opératoires étaient fortement exagérées. Il a sans doute observé des bouffées de chaleur, quelques malaises, des maux de tête, mais tous ces phénomènes n'offraient plus là aucune gravité et les malades étaient bien guéries, bien portantes et contentes de leur sort. « Ces troubles, dit-il, doivent être imputés à la ménopause et sont surtout fréquents chez les neurasthéniques. On néglige l'état antérieur et l'on attribue à la seule opération ce qui, en réalité, n'appartient qu'à l'état nerveux antérieur. »

Au Congrès de Gynécologie en 1900, Pozzi lui-même nous dit : Je crois qu'on exagère les troubles dits de la ménopause artificielle par suppression de la fonction ovarienne. Delbet, en 1905, estime que les

ennuis de la castration totale et de la ménopause artificielle ne sont pas tels qu'il faille conserver les ovaires pour peu qu'ils soient morbides. Pinard donne des conclusions identiques.

Pendant que paraissaient ces travaux en France, il s'en publiait un certain nombre à l'étranger, reflétant les mêmes idées, tels ceux de Keppeler, Gottschalk, Schauta, Knauer, mais ils n'ajoutent rien au mémoire de Glœvecke. En Angleterre et en Amérique, on trouve exprimées çà et là les mêmes idées qu'en France et en Allemagne. Les Américains semblent avoir exagéré les troubles consécutifs à la castration, car ils sont devenus très partisans des opérations conservatrices.

## Analyse

*Modifications de l'utérus.* — Les effets de la castration sur l'utérus normal sont établis depuis les recherches de Hégar et de Kehrer. Par leurs expériences sur les cobayes et des lapines ils ont démontré que l'utérus s'atrophie complètement. Ces études macroscopiques furent complétées par les études microscopiques de Weissmann et Reissmann en 1890, puis de Sokoloff et de Jayle en 1896 et enfin de Jentzer et Bentneren en 1900. Les résultats de ces recherches sont à peu près concordants en ce qui concerne l'atrophie du muscle utérin, mais l'accord cesse entre les auteurs quand il s'agit de la muqueuse.

Weissman et Reissmann l'ont trouvée très atrophiée, tandis que Sokoloff a constaté qu'elle était encore normale quatorze mois après l'opération. Sigmund Gottschalk constate que le corps utérin, ainsi que la chose se passe dans l'involution chez les nourrices, est plus atrophié que le col, de même la muqueuse est mieux conservée dans la région cervicale qu'au dessus.

De nos observations I, II, III, IV, V, VI, nous retirons les faits cliniques que l'utérus s'atrophie après dix et dix-sept ans dans 4 cas sur 6 opérées entre vingt et trente-trois ans; et que la malade de l'observation VI qui a eu ses règles pendant dix ans et demi après l'opération faite à dix-sept ans, ne présenta aucune atrophie de l'utérus après onze ans, tandis que la malade de l'observation III opérée à vingt-neuf ans, après vingt-trois ans présente seulement un léger degré d'atrophie du col, quoique les organes génitaux externes soient sclérosés ; cette malade n'était pas réglée, mais est sujette aux flux hémorroïdaires, sorte de menstruation complémentaire.

Quelle est la cause de cette atrophie de l'utérus ?

D'après Lawson-Tait, il existerait, au cours de l'évolution de la trompe, un centre qui exercerait une action régulatrice sur la nutrition de l'utérus. La castration, au cours de laquelle on enlève toujours une partie de la trompe, détruirait ce centre et provoquerait ainsi l'atrophie utérine. Kehrer et Kohan ne partagent pas cette opinion et de leurs expériences

il résulterait que les ovaires seuls jouent un rôle réel dans la destinée de l'utérus. Martin, Veit, Schrœder estiment que l'atrophie consécutive à la castration est due à un trouble circulatoire de l'artère spermatique et des vaisseaux ovariens ; mais cette hypothèse n'est pas concluante, car il existe des anastomoses de l'artère spermatique avec l'artère utérine.

Kehrer croit plutôt à une hyperhémie périodique réflexe qui agit sur l'utérus. D'après Sokoloff, l'influence régulatrice sur les échanges nutritifs dans les tissus est toujours placée sous la dépendance du système nerveux ; or, dit-il, en faisant l'extirpation des ovaires, nous créons une lésion du système nerveux qui est chargé de régulariser les échanges nutritifs dans l'utérus, mais cette théorie est renversée par Rubinstein en démontrant sur les lapines que partout où l'ovaire transplanté se développait et fonctionnait, l'utérus était tout à fait normal et ne présentait aucun caractère d'atrophie ; mais dans ces cas où l'on trouvait les ovaires en voie de résorption ou tout au moins lorsqu'ils étaient très atrophiés, l'utérus présentait le tableau clinique bien connu de l'atrophie par castration : atrophie de la muqueuse et de la musculeuse, épaississement des parois des vaisseaux et prolifération du tissu conjonctif dans toutes les couches constituant la paroi utérine. Il ne reste donc plus qu'à rechercher la cause des phénomènes observés dans l'ovaire lui-même et de l'expliquer par la théorie de la sécrétion interne des ovaires, mais nous trouvons la même atrophie de l'utérus

dans les oophorectomies unilatérales ; nous pensons donc qu'il faut chercher l'explication de cette atrophie de l'utérus dans l'absence d'une hyperhémie réflexe périodique nécessaire pour la nutrition de l'organe, car là où les règles persistaient, où il y avait des pertes sanguines supplémentaires, l'atrophie manqua ou fut retardée.

En résumé, l'utérus s'atrophie dans 66 o/o des opérées, et cette atrophie de l'utérus est indépendante de l'atrophie des organes génitaux externes et de l'âge des opérées ; d'autre part, là où la menstruation persiste, où il y a des flux sanguins supplémentaires, l'utérus ne s'atrophie pas.

*Atrophie des organes génitaux externes.* — Cette atrophie est connue sous le nom de kraurosis vulvaire, terme qui a été créé par Breisky, mais avec une acceptation différente. Le kraurosis vulvaire post-opératoire n'est pas une entité morbide : c'est un syndrome clinique caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéo muqueux de la vulve, conséquemment par l'affaissement des grandes lèvres, la disparition des petites lèvres, du capuchon et du frein clitoridien, la rétraction de la région vestibulaire et hyménéale, et par suite la sclérose de l'orifice vaginal qui est étroit, d'aspect cordiforme avec le bord rigide, peu extensible, affectant fréquemment la forme du cœur de carte à jouer ou la forme d'entonnoir. La commissure postérieure est rétractée, et si l'on essaye de déprimer le périnée

avec le doigt introduit dans le vagin, ou sent comme une sorte de bride résistante qui est située dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Si l'inflammation s'y ajoute il change d'aspect et de nom pour devenir kraurosis inflammatoire ou rouge par développement anormal des petits vaisseaux dont la couleur rouge tranche nettement sur le fond pâle de la muqueuse et par la congestion intense de la muqueuse vestibulaire. Le kraurosis inflammatoire vasculaire ou kraurosis Lawson-Tait, est caractérisé en outre par un aspect rouge de tout l'anneau vulvaire dû soit à de fausses arborisations vasculaires en traînées serpigineuses, soit à des taches rougeâtres des dimensions d'une tête d'épingle, d'une lentille ; ces taches varient du ton rouge brique jusqu'au rouge intense et sont reliées entre elles par des traînées rougeâtres au nombre de deux à vingt. Dans le kraurosis inflammatoire folliculaire, outre le caractère d'un kraurosis inflammatoire, on constate des points rouges dus à l'inflammation des follicules, situés en cinq points principaux : sur la ligne médiane, entre le clitoris et le méat, de chaque côté du méat, dans une dépression que l'on observe chez la plupart des femmes (fossettes paraurétrales), enfin au niveau du canal des glandes de Bartholin.

Le méat urinaire est souvent rétréci et présente une muqueuse rouge éversée.

Un des premiers symptômes qui frappent la malade est la sécheresse de la vulve, elle s'en aperçoit au moment des rapports, puis sensation

de cuisson pendant la miction, le prurit et enfin douleurs pendant le coït, dues au rétrécissement de l'orifice vulvaire allant même jusqu'à la dyspareunie comme dans l'observation XII contre laquelle on a pratiqué l'opération de Sims avec succès.

Cette lésion atrophique est très fréquente puisque nous notons sur 6 cas des osphorectomies bilatérales, pratiquées à l'âge de dix-sept à trente ans, 5 cas de kraurosis constaté après dix et vingt-trois ans de l'opération ; la malade de l'observation VI qui a vu persister ses règles pendant dix ans et demi, ne présenta pas de kraurosis après onze ans. Sur 18 cas d'hystérectomies avec oophorectomies bilatérale 13 malades présentaient ce kraurosis post-opératoire inflammatoire, vasculaire ou folliculaire après dix à vingt et un ans de l'opération. Les causes que les auteurs émettent pour l'expliquer sont : tantôt le résultat des sections nerveuses faites pendant l'intervention, tantôt le fait de la suppression de la sécrétion interne des ovaires qui est inadmissible par ce que l'on constate dans les oophorectomies unilatérales, tantôt enfin l'hypothèse d'un trouble nerveux d'ordre réflexe causé par la suppression des glandes ovariennes. Cette hypothèse est admise par Jayle qui pense que les femmes non ovariotomisées qui présentent des phénomènes de kraurosis sont de celles chez lesquelles les ovaires sont atteints eux-mêmes de lésions atrophiantes ; et un élément infectieux local, folliculite, etc..., vient-il se surajouter à la lésion

kraurotique, les symptômes fonctionnels augmentent d'intensité, mais cet élément seul ne peut créer le kraurosis ; il faut, de plus, un trouble d'ordre nerveux pour le déterminer.

En résumé, le kraurosis se voit dans 75 pour 100 cas des opérées, étant absent chez les opérées réglées, si gênant que, dans beaucoup de cas, les malades consultent à cause de l'impossibilité ou la difficulté des rapports sexuels.

*Menstruation.* — Bien que l'on cite des jeunes filles devenues enceintes et accouchant sans jamais avoir été menstruées; bien que Metchnikoff ait affirmé que la menstruation a été acquise par l'organisme féminin à une date relativement récente de l'évolution humaine et que les premières femmes concevaient sans être menstruées, il n'en demeure pas moins établi et accepté par tout le monde une relation parfaite entre le développement des ovaires et la bonne régulation des menstrues. Et cette relation est si étroite pour beaucoup d'auteurs qui affirment parfois la présence de cette insuffisance sur la seule irrégularité des règles.

Morris cite le cas d'une jeune femme de vingt ans, non menstruée et chez qui il suffit, pour réapparaître les règles, de greffer sur sa paroi utérine un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. Lorsque la castration est pratiquée avant la puberté les règles n'apparaissent pas. Elles disparaissent le plus souvent au bout d'un certain temps lorsque

l'ablation des ovaires est faite après la puberté. Cependant, ce n'est pas une loi fatale, ainsi que nous le verrons.

Dans toutes les statistiques plus importantes sur des castrations chirurgicales, on cite des femmes chez lesquelles la menstruation a persisté. Terrier en compte 8 sur 22, soit 36 o/o des opérées. Delbet dit que, parmi ces opérées que Charrin put retrouver, la proportion des femmes qui ont eu leurs règles après la castration est de 12 o/o des opérées. Pozzi donne comme chiffre 27 o/o des opérées.

Récemment, Mauclaire déclare qu'il a vu deux fois seulement sur 80 cas la persistance des règles ; Ségond a été « maintes fois témoin de pareils retours », et Potherat les « a observés sur nombre des malades privées chirurgicalement de leurs ovaires ». Tuffier n'admet la persistance des menstrues que dans 5 o/o des cas.

Personnellement, sur 24 cas d'ovariotomie double que nous avons étudiés, nous n'avons que six femmes auxquelles on ait laissé l'utérus et deux seulement ont eu leurs règles. La malade de l'observation VI a même eu des règles régulières pendant dix ans et demi et, au moment de leur disparition, les bouffées de chaleur ont apparu ; la malade de l'observation II les a eues pendant les premiers trois ans qui ont suivi l'opération en même temps que des bouffées de chaleur qui diminuèrent d'intensité et de fréquence à partir du jour de la disparition des règles, donc on ne peut pas conclure que la présence des règles fait retarder l'éclo-

sion des bouffées de chaleur. Remarquons que les femmes qui conservent leurs règles après l'opération sont, à l'intensité près, sujettes aux mêmes troubles que celles qui ont perdu leurs menstrues.

Comment peut-on expliquer cette persistance des règles à défaut des ovaires ?

La théorie classique qui fait de l'ovulation la condition *sine qua non* de la menstruation, serait-elle fausse ? Pour l'accepter, il faudrait admettre, soit qu'on a laissé les débris du tissu ovarien ou parce qu'il existe un ovaire supplémentaire. La première opinion est presque la seule admise aujourd'hui, car ils existent incontestablement les ovaires surnuméraires, ils ne peuvent pas expliquer tous les cas de la persistance de la menstruation. Amédée Pugnat dit qu'en quarante jours l'organe tout entier a recupéré sa forme et sa structure normale et au cours de la régénération, la production des ovaires continue et paraît même s'exagérer. L'ovaire possède donc, au moins chez la lapine, une puissance régénératrice considérable qui lui assure, en cas de mutilation, une rapide restitution *ad integrum* de sa structure. Si l'on avait démontré que la menstruation soit sous la dépendance de l'ovaire, les castrées réglées régulièrement ne doivent pas avoir de troubles de l'insuffisance ovarienne ; par contre s'il était établi qu'après une hétéro-transplantation des ovaires à une femme qui n'avait jamais été réglée on voit pour la première fois ses règles survenir, le fait serait curieux et de nature à retenir notre attention, mais

il n'y a qu'un seul cas, celui de Morris et par conséquent, on ne peut avoir la conviction absolue.

D'autres, comme Johnson, tendent à établir que la menstruation est sous la dépendance d'un nerf spécial qui domine dans les ligaments larges parallèlement à la trompe.

Lucas-Championnière, Pozzi considèrent comme certaine la possibilité de la menstruation indépendemment de l'ovaire et de l'évolution. « Il n'est pas nécessaire, ajoute Pozzi, d'invoquer ici l'existence possible d'ovaire supplémentaire ; il suffit de rappeler la loi bien connue de la persistance des habitudes organiques. » On comprend très bien que le système nerveux de la vie végétative, tout comme celui de la vie de la relation, puisse reproduire, pour ainsi dire automatiquement et sous l'influence d'une excitation ancienne, des actes tels que la congestion de l'appareil génital.

Il y a là comme un mouvement continué par le fait de la vitesse acquise, mais qui, en l'absence d'une nouvelle impulsion, finit par s'affaiblir et s'arrêter. Et cela est si vrai que la plupart des règles s'arrêtent au bout de trois à dix ans et demi, par défaut de cette nouvelle impulsion. Jeannel, au Congrès de Chirurgie à Paris, quelques années avant Pozzi, s'était exprimé dans le même sens : « on dirait que c'est, pour certaines femmes par véritable routine, que se produit cette pseudo-menstruation. D'ailleurs, ajoute-t-il chez quelques-unes de mes opérées non réglées, le flux utérin supprimé semble avoir été remplacé

par un flux hémorroïdaire, plus ou moins pénible. » Nous avons observé le même phénomène, dans l'observation III.

En résumé, la menstruation, le phénomène des habitudes organiques, se voit dans un tiers des cas et persiste de trois à dix ans et demi ; elle précède, quelquefois accompagne des bouffées de chaleur, sans influencer les autres troubles des ovariotomisées.

*Hémorragie, dites supplémentaires.* — La fréquence des hémorragies, dites supplémentaires, répandue dans le milieu médical et surtout dans le public, n'est pas scientifiquement prouvée. Les auteurs qui se sont occupés de cette question prétendent que les phénomènes congestifs du côté de poumon ou des bronches sont les plus fréquents. Pinesse parle d'une malade qui a eu des crachements de sang tous les matins pendant un certain temps, mais l'auteur oublie de nous dire s'il a ausculté la malade. Paul Raymond parle d'hémoptysie périodique, mais a la précaution d'ajouter que tous les organes étaient sains à l'exception du poumon. Les phénomènes congestifs du côté des tubes digestifs sont plus rares encore. Baudron rapporte le cas d'une opérée ayant eu 2 ou 3 hématémèses, mais ne peut-on incriminer l'ulcère de l'estomac ? Des poussées congestives ont été signalées du côté du foie au moment des anciennes règles par le même auteur, mais il ajoute que la malade souffrait de la

région hépatique avant l'opération. On a également parlé des règles déviées par la muqueuse nasale. En remontant à la source et en relisant chacun des cas mentionnés, on peut dire que dans la majorité des cas, il n'y a aucun rapport obligatoire entre les phénomènes signalés et la menstruation supprimée. Cependant nous trouvons dans notre observation III le flux hémorroïdaire et des pertes sanguines hémorroïdaires quotidiennes et, grâce à elles, les troubles congestifs étaient moins marqués, mais après l'ablation des hémorroïdes, la sclérose des organes débuta avec formation d'un kyste urétral qui déversait le sang en dehors, à défaut des hémorroïdes.

Dans l'observation IX, la malade dit avoir depuis un an, c'est-à-dire dix-sept ans après l'opération, au moment des anciennes règles, des pertes sanguines précédées de douleurs vagues dans les lombes comme si c'était la menstruation et quelques mois après les bouffées de chaleur disparaissent, d'ailleurs elle se rappelle d'avoir eu dix-huit mois après l'opération, deux fortes hémorragies vaginales, qu'on peut rapporter aux hémorroïdes.

Enfin dans l'observation VIII, nous trouvons des épistaxis survenus deux ans après l'opération, se montrant seulement au moment des anciennes règles, et s'arrêtant au bout de douze ans.

En résumé, nous pouvons dire que les hémorragies dites supplémentaires sont rares, puisque nous notons 3 cas sur 24 opérées, mais si elles existent, elles arrêtent ou atténuent considérablement les

troubles congestifs et retardent la sclérose des organes génitaux.

*Leucorrhée.* — Ce sont les écoulements non sanguins, c'est-à-dire toutes les sécrétion normales ou pathologiques de l'appareil génital, quelles que soient leur nature et leur origine. On sait que ces pertes peuvent avoir une origine utérine ou vaginale. La leucorrhée antérieure à l'opération est à peu près fatale, la cavité étant le plus souvent infectée au moment de l'opération parce qu'il s'agit le plus souvent d'interventions pour des annexites suppurées et alors cette cavité reste infectée après la castration et les glandes continuent à sécréter. Mais, en admettant que les muqueuses utérines et vaginales fussent saines, les opérées sont susceptibles de contracter aussi bien que toutes les autres femmes l'infection venue du dehors. Il en résulte une métrite ou une vaginite consécutive avec leucorrhée abondante. Rarement elle est très abondante, cependant Delbet a vu des malades qui n'avaient pas d'utérus présenter une leucorrhée tellement abondante qu'elle les a obligées à se garnir.

En analysant nos 6 observations d'oophorectomie double, nous trouvons 2 malades qui ont eu de la leucorrhée depuis la puberté, laquelle leucorrhée persistait trois et douze ans après l'opération, soit 33 o/o des cas.

Sur 18 cas d'hystérectomies avec oophorectomies doubles, nous comptons 6 malades qui ont eu de

la leucorrhée de un à quatorze ans, parmi lesquelles 2 seulement l'avaient depuis la puberté, 4 dès l'opération et les deux autres après quinze et dix-sept ans, soit 30 o/o des opérées.

*Bouffées de chaleur.* — Ces bouffées dont se plaignent les opérées consistent en action brusque et passagère de vaso-dilatation des capillaires sous-cutanés et particulièrement de la face. Glovecke, dans son mémoire, les avait signalées sous le nom de troubles climatériques. Jayle les a bien étudiées : la vaso-dilatation, dit-il, peut être générale ou partielle, et dans ce dernier cas, elle est pour ainsi dire localisée à la face et à la partie supérieure de la poitrine. La femme a brusquement la sensation d'une poussée congestive, d'une bouffée de sang qui lui monte à la tête, d'une bouffée de chaleur qui la congestionne. Elle est prise d'un sentiment d'étourdissement, ses yeux se troublent, ses oreilles tintent, sa face devient rouge, elle s'arrête dans ses occupations, se dégrafe et souvent cherche à respirer un peu d'air frais, elle croit qu'elle étouffe. En quelques secondes, tout au plus deux ou trois minutes, la crise se termine, tantôt simplement par le retour à l'état normal, tantôt par une excrétion plus ou moins abondante de sueur généralisée ou plus spécialement localisée à la tête, au cou et aux mains. La fréquence en est variable, d'ordinaire on en compte 4 à 5 par jour, mais quelquefois les femmes en sont incommodées toutes les heures, toutes les demi-heures ou

toutes les cinq minutes. La fréquence et l'intensité sont le plus souvent associées l'une à l'autre. C'est le jour que les bouffées sont remarquées, la nuit elles n'existent pas ou passent ordinairement inaperçues. Si ces crises sont fortes elles réveillent les malades qui se trouvent couvertes de sueurs froides. La moindre émotion, la moindre fatigue, souvent l'ingestion des aliments ou des boissons en déterminent l'apparition. Ces bouffées diminuent progressivement de nombre, de force et de durée; on dirait que l'organisme finit par s'habituer à cette ménopause artificielle.

Les bouffées de chaleur constituent le malaise le plus commun peut-être que l'on rencontre après la castration ovarienne; sur 24 opérées nous ne l'avons trouvé manquant que deux fois; dans l'observation X, la malade les avait avant l'opération. Il y a donc 92 o/o des opérées qui s'en plaignent. Ces bouffées sont très variables dans leur intensité et dans leur forme et leur fréquence: elles sont plus fréquentes le jour que la nuit, chez les unes toutes les trois minutes, chez les autres deux à trois fois par jour.

Apparition. Dans 15 cas dès l'opération; dans l'observation XII après trois ans; dans l'observation XXIV après six ans; dans l'observation VI après dix ans et demi (au moment de la disparition des règles) et dans les observations XVI et XXIII après quinze ans.

Durée. Dans l'observation V elles persistent

pendant deux mois ; durent deux ans chez une malade ; six ans chez deux malades, huit ans chez deux autres et douze à seize ans chez les dernières, mais d'intensité moins forte qu'au début ; d'ailleurs nous avons remarqué que cette intensité diminue de force à partir de la sixième année. Deux malades présentaient ces troubles avec une intensité et une durée insignifiantes.

En résumé, les bouffées de chaleur se voient chez presque toutes les opérées, le plus souvent dès l'opération, nombreuses et pénibles au début, diminuent de nombre et d'intensité après six ans environ ; d'autre part, il n'y a pas de rapport entre leur intensité et les douleurs abdominales, et elles ne s'exacerbent pas à l'approche de la ménopause naturelle, comme quelques-uns semblent le croire.

*Douleurs.* — En interrogeant les malades qui ont eu à subir la castration ovarienne, on constate que le symptôme prédominant qui les a poussées à accepter l'intervention, c'est la violence des douleurs abdominales. Les douleurs lombaires, cependant très pénibles chez quelques-unes, occupent en général le second plan. Ces douleurs sont assez variables comme localisation et surtout comme intensité ; certaines femmes ont des souffrances supportables, mais sourdes, diffuses et énervantes par leur ténacité ; d'autres ne souffrent que par intervalles, mais ne peuvent s'adonner à aucun travail régulier, contraintes de se reposer au moment des poussées dou-

loureuses qui sont extrêmement vives, intenses, même intolérables. Pour quelques malades, la vie est devenue insupportable, la marche leur est pénible, la station debout est douloureuse. Tantôt c'est la région ovarienne qui souffre, tantôt c'est toute l'étendue du ventre qui est douloureuse. Ces douleurs peuvent devenir beaucoup plus vives pendant la période menstruelle. Elles sont d'ordinaire exagérées et exaspérées par la marche, la fatigue, le coït, calmées quelquefois par le repos et le décubitus. Il est rare que la douleur reste localisée à la région annexielle, elle s'irradie surtout vers les lombes et vers le siège ; chez quelques malades elle est plus intense dans les reins que dans le ventre. Il n'est pas rare de les entendre se plaindre d'irradiations vers le sacrum, la hanche, le coccyx, vers la cuisse, tenant peut-être à des phénomènes de compression. Certaines femmes signalent aussi des irradiations du côté de la vessie et du rectum, qui souvent s'accompagnent de troubles fonctionnels. C'est avec ces misères que les femmes se présentent à la consultation et se confient au chirurgien.

Voyons, comment sont-elles après l'opération ?

Sur 24 malades castrées nous avons constaté que les douleurs abdominales avaient complètement disparu chez 18 malades tout de suite après l'opération, et dans l'observation XXIV, quatre ans seulement après; 3 malades souffraient encore de douleurs abdominales, mais ayant leurs causes dans le développement d'un kyste (obs. X), ou la

production d'une éventration (obs. XI) et seulement dans l'observation XVII où la cause nous échappe. Les 3 autres malades accusent des douleurs lombaires de légère intensité ; or, toutes les malades présentent un kraurosis post-opératoire.

En résumé, on peut dire que les résultats obtenus sont parfaits, mais il reste malheureusement 4 infortunées qui n'ont pas bénéficié de leurs opérations ; elles sont peu nombreuses, mais représentent cependant 17 o/o des opérées ; d'autre part, en nous reportant à nos observations, nous ne pouvons pas être frappé de ce fait que les douleurs lombaires se voient chez les femmes qui ont du kraurosis post-opératoire, donc ne faut-il pas les attribuer aux lésions des filets nerveux du plexus lombaire d'ordre réflexe causées peut-être par la suppression des glandes ovariennes.

*État neurasthénique.* — Nous désignons sous ce nom un ensemble de troubles que les auteurs ont qualifié d'état neurasthénique. On nie souvent l'existence de ces troubles, dit Jayle, parce qu'on ne les recherche pas. Ferry dit, dans sa thèse, que ces malaises tout spéciaux sont d'origine toxique et que la plupart de ces malades auxquelles on a donné soit de l'extrait d'ovaires, soit de l'extrait du corps jaune, ont vu ces troubles diminuer d'intensité ou disparaître complètement.

Asthénie musculaire. C'est un symptôme que l'on rencontre souvent ; les opérées se fatiguent très

vite, leurs forces vont diminuant. Elles ont une sensation de faiblesse, de lassitude généralisée ; elles sont incapables d'un effort prolongé, pourtant aucune de nos malades n'avait dit qu'elle fût incapable de s'occuper de son métier. Sur 28 opérées nous avons constaté les pertes de force marquées chez 13 malades, soit 47 o/o des cas. Dans tous ces cas les pertes de force se montraient dès l'opération sauf dans l'observation X où nous les notons quatre ans après l'opération. Nous éliminons les cas de l'observation IX où les pertes de force se montraient après dix-sept ans qu'on peut attribuer tout simplement à l'âge avancé de la malade.

Céphalée. Tantôt il s'agit d'une simple lourdeur de tête, tantôt il semble à la malade que sa tête est enserrée dans un étau, sensation qui est variable comme siège : tantôt frontale, d'autres fois pariétale ou en casque. Cette céphalée est plus ou moins violente, rarement continue, mais elle peut durer plusieurs heures de suite, même une journée. Parfois elle diminue quand la malade est couchée. Elle est rarement quotidienne ou bi-quotidienne, la plus commune est celle qui revient toutes les semaines. D'après quelques auteurs, elle ne se borne pas toujours au crâne, elle prend quelquefois la forme de névralgies faciales.

Les céphalées sont assez fréquentes, puisque nous notons sur 24 cas des castrées, 5 cas de malades qui ont vu apparaître ces maux de tête après l'opé-

ration : dans l'observation VIII après quatorze ans et dans l'observation XVI elles disparaissent six mois après l'intervention pour réapparaître au bout de quinze ans juste au moment de l'apparition des bouffées de chaleur. Ces céphalées n'ont pas de tendance à la rétrocession, puisque seulement dans un cas (obs. I) la malade nous dit qu'elles diminuent sensiblement.

Insomnies et cauchemars. C'est un symptôme assez fréquent et pénible. Les opérées dorment peu et dorment mal pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération, dit Ferry. Ordinairement elles ne s'endorment que très tardivement vers 2 ou 3 heures du matin ; elle se réveillent fatiguées et ne peuvent se rendormir. Chez certaines malades les quelques heures de sommeil sont aussi désagréables que l'insomnie ; elles sont agitées par des cauchemars entrecoupés quelquefois de bouffées de chaleur qui les réveillent ; ou bien à peine endormie, la malade commence un rêve atroce, gémit, se couvre de sueurs, se débat et se réveille en poussant un cri. Elle reste un moment sans retrouver le sommeil dans lequel elle finit par se plonger pour recommencer un nouveau cauchemar. Les malades rêvent souvent qu'elles sont poursuivies par des bêtes fauves ou qu'elles tombent dans un abîme. Dans la journée qui suit, elles sont comme anéanties.

Nous avons trouvé sur 24 des opérées : insomnie avec cauchemars chez 8 malades, soit chez 28 0/0

et sommeil calme chez 16, soit 62 o/o des cas. Dans tous ces cas les insomnies et les cauchemars se sont montrés dès l'opération et persistent dix ans et plus dans la suite.

Neurasthénie spasmodique. Les troubles comme les palpitations, éblouissements, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, nous les signalons dans 8 observations sur 24 cas d'opérées ; ils sont évoqués soit par une légère émotion, même en remontant l'escalier ou par un mouvement trop brusque. Leur durée est longue, car nous les voyons chez des femmes après dix ans et plus de l'opération, mais en général de peu d'intensité et de gravité.

Dyspepsie. Nous pensons que ce symptôme n'a aucune valeur, d'autant que nos malades la signalent après dix ans et plus de leurs opérations, par conséquent, à l'âge déjà avancé où les troubles de cette nature sont très fréquents. Nous nous contentons de donner le pourcentage de 33 o/o des opérées en ajoutant que les auteurs comme Ferry nous disent qu'elle est d'une rareté chez les castrées en opposition aux troubles graves si fréquents dans la neurasthénie essentielle.

*Troubles psychiques.* — Les opérées deviennent irritables, impatientes, nerveuses et parfois méchantes. La plupart se rendent compte de leur irritabilité ; elles se plaignent du changement de leur caractère, elles disent qu'elles sont plus violentes,

plus emportées, et qu'elles ne peuvent résister à des accès de colère parfois injustifiés ; elles reconnaissent elles-mêmes que leur entourage doit subir leur mauvaise humeur. Quelques-unes sont tristes, ont des idées noires, pleurent facilement. On observe rarement la mélancolie poussée jusqu'aux intentions de suicide ; nous n'en avons trouvé que 2 cas parmi nos malades, et il faut ajouter que ces projets de suicide n'ont pas été mis à l'exécution. Certaines opérées ont pris un caractère inconstant, elles sont tantôt tristes et mélancoliques, tantôt empreintes de la plus bruyante gaieté, elles pleurent ou rient pour un rien. Sur 24 castrations ovariennes, 5 n'ont éprouvé aucun changement de caractère ; 7 sont devenues plus irritables ; 9 ont eu des idées noires ; une est devenu hypochondriaque et 2 ont eu des crises de larmes et de pleurs.

Ces troubles de l'état psychique sont donc réels et fréquents, mais ils sont souvent si peu accentués, qu'ils passeraient inaperçus si l'on n'attirait sur eux l'attention des malades.

Il est acquis que, consécutivement à des opérations portant sur la région génitale de la femme et particulièrement sur les ovaires, on peut voir survenir certains troubles psychiques assez graves et que leur fréquence relative ne peut être une simple coïncidence ; cela n'est nié par personne. Les avis se partagent quand il s'agit d'établir la relation des causes à effet entre deux phénomènes qui se présentent successivement. On a vu, en effet, des troubles

psychiques survenir après des opérations diverses, depuis la laparotomie jusqu'à la simple avulsion d'une dent. Il est certain qu'après l'ablation des ovaires on peut trouver des cas de troubles psychiques inquiétants, mais ils sont certainement rares. «Bien que j'aie fait plusieurs centaines de castrations, dit Delbet, je n'ai jamais observé un seul cas de psychose consécutive ». Jayle, sur 57 opérées, n'a pas rencontré un seul cas de folie. Mais, ce qu'il faut savoir, c'est qu'il n'y a aucun rapport entre l'aliénation mentale consécutive à la castration et la suppression ovarienne ; en d'autres termes, il n'est pas permis de mettre sur le compte de la sécrétion ovarienne supprimée tous les troubles mentaux qui lui font suite. Cependant, il est indéniable que le nombre des psychoses résultant des interventions gynécologiques est plus élevé que celui relevant de la chirurgie, abstraction faite du sexe et de la nature de l'opération. Pourquoi ? Il est incontestable, dit Ferry, que les opérations sur les yeux et sur les ovaires sont parmi celles qui engendrent les plus vives appréhensions ; dans le premier cas, les malades craignent de perdre la vue, dans le second, leur sexualité et les sensations génitales. Les autres prétendent que, dans ces opérations, on touche au péritoine ; s'il y a une infection même légère, l'absorption des substances toxiques peut se faire par la grande cavité séreuse avec une abondance particulière des vaisseaux. Ainsi s'expliquerait la plus grande fréquence de la confusion mentale dans

ces interventions, puisque les auteurs les plus récents s'accordent à considérer cette psychose comme due à une infection.

Enfin, P. Delbet dit : « Si l'ablation d'un seul ovaire entraine aussi souvent des troubles psychiques graves que l'ablation des deux, il en découle directement que ces troubles ne sont pas dus à la suppression de la corrélation ovarienne. » Plus loin, il conclut que : « La suppression de la sécrétion interne de l'ovaire peut agir sur le caractère, sur les sentiments affectifs, mais elle est sans action sur l'intelligence ». D'ailleurs l'ovaire, pas plus que le testicule, ne peut avoir d'action sur l'intelligence proprement dite. Chez l'homme, le caractère est modifié, les castrats sont pusillanimes et couards, sans vigueur, sans énergie, mais ils restent intelligents.

La femme, dit Péan « conserve la persistance des impulsions sexuelles et la faculté de pratiquer le coït, c'est ce qui explique pourquoi, après la castration totale, on n'observe pas chez elle la dépression morale, la mélancolie, parfois même la tendance au suicide, dont la fréquence est si grande chez l'homme... »

En résumé, nous disons que les troubles psychiques sont fréquents, jamais graves, se montrent dès l'opération et persistent très longtemps après, et que leur origine n'est pas dans la crainte de perdre leur sexualité, parce que nous ne les voyons pas dans les hystérectomies simples, mais quelquefois dans l'auto-

intoxication et surtout dans la prédisposition individuelle, l'hérédité et les circonstances de la vie.

*Troubles du sens génésique.* — L'ablation des glandes sexuelles pratiquée avant la puberté chez la femme comme chez l'homme et chez les animaux, coupe court à l'évolution des individualités sexuelles et alors certains se sont empressés de conclure que la femme ovariotomisée après la puberté se verrait atteinte des apparences d'une vieillesse précoce. Nous pouvons affirmer que les faits sont en contradiction absolue avec ces conclusions ; il ne faut pas assimiler les résultats obtenus par la castration pratiquée avant la puberté avec ceux qui suivent l'ovariotomie, lorsque le grand changement physique de la puberté s'est accompli. S'il est vrai que la femme arrivée à la ménopause perd une partie et même complètement ses appétits sexuels, on voit aussi quelquefois des cas où l'excitation sexuelle est augmentée et parfois même prend des proportions exagérées. C'est que les désirs génésiques ont des centres complexes et ne sont pas forcément régis par la sécrétion interne. P. Delbet s'exprime ainsi : « Quant aux désirs sexuels, ils restent d'ordinaire intacts ; il n'est même pas rare qu'ils soient augmentés. Si certaines malades s'en réjouissent, cette exagération est parfois telle que quelques-unes sont venues s'en plaindre. » Lucas-Championnière dit que la castration ne paraît pas modifier beaucoup chez la femme le désir ni la satisfaction génitale et

les femmes se trouvent ensuite à peu près comme auparavant.

Nous constatons sur 24 cas des opérées : désir sexuel non modifié dans 14 cas ; diminué dans 4 cas ; complètement disparu dans 5 cas. Plaisir vénérien non modifié dans 19 cas ; amoindri dans 2 cas ; complètement disparu dans 3 cas.

Comment expliquer ces modifications du sens génital ?

Soxsiny-Roux soutient que l'origine du sens génésique doit être recherchée dans tout l'organisme ; il est « comme une sève puisée dans toutes les cellules de notre économie par les radicelles du système nerveux sensitif et conduite aux autres centres nerveux ». Pour Krafit-Ebing la cause importante et centrale du mécanisme sexuel réside dans le cerveau. Ce centre serait le siège des manifestations sexuelles, des images et des désirs, le lieu d'origine de tous les phénomènes psychosomatiques qu'on désigne ordinairement sous le nom de sens génésique et d'instinct sexuel. Ce centre peut être animé par des excitations centrales comme par des excitations périphéripues. Magnan prétend qu'il existe des centres cérébraux dont la synergie provoque l'instinct sexuel normal et désharmonise les déviations sexuelles. Ce que l'on doit retenir de ces différentes théories, c'est que l'instinct sexuel n'est pas seulement localisé dans les organes génitaux périphériques, pas plus que dans leurs glandes annexes, et qu'il faut également le chercher dans les centres

nerveux et dans l'imagination. « Chez un certain nombre d'individus, dit Delbet, l'excitation génésique est plutôt d'origine centrale, et le rôle du cerveau est toujours considérable. » Donc, on peut dire que chez certaines femmes à l'imagination plus vive, l'excitation génésique sera plutôt d'origine cérébrale comme chez les femmes à l'âge de la ménopause ; chez d'autres, au contraire, au système nerveux plus impressionnable, toutes les impulsions émanent des organes génitaux, et peuvent être par ce fait modifiées par l'extrait ovarien.

Pour expliquer l'agénésie on a fait diverses hypothèses : les uns ont attribué l'anophrodisie à la suggestion ; les autres l'ont considérée comme étant le résultat du défaut de la sécrétion interne des ovaires, mais alors ici l'extrait ovarien est sans effet, donc on s'explique que chez ces malades les impressions émanent de la glande ovarienne et que son ablation entraîne l'agénésie, cependant dans nos 4 cas l'agénésie est survenue après un temps plus distant de l'opération et elle coïncide avec le kraurosis post-opératoire développé, à qui nous l'attribuerons volontiers. Dans un seul cas le plaisir fut aboli dès l'opération et dans ce cas nous nous rangerons à la théorie des impulsions émanant de la glande ovarienne qui faisait défaut.

*Amnésie.* — Sur 24 castrées, 7 ont accusé la perte de la mémoire et 10 une légère diminution, c'est donc un phénomène fréquent ; nous ajoutons que c'est un

des plus gênants et dont se plaignent le plus les opérées. Cette amnésie consiste essentiellement dans l'oubli des choses récentes (amnésie antérograde). Au milieu d'une conversation, l'opérée oublie subitement ce qu'elle veut dire, c'est une absence passagère ; dans son ménage, elle ne se souvient plus où elle a remis les objets. Elle oublie en route le but de sa démarche et arrivée dans un magasin elle ne sait plus ce qu'elle est venue acheter. Nous avons dit plus haut que l'amnésie des opérées consiste en général dans l'oubli des choses récentes, mais quelquefois les troubles de la mémoire sont plus intenses, plus profonds en quelque sorte. Ainsi une malade ne se souvient plus du nom de ses amies qu'elle fréquente souvent, une autre malade ne se souvient plus des faits même importants de sa vie. Ces troubles sont fort gênants ; ils apparaissent quelques semaines après l'intervention souvent quand les malades sont encore dans le service et persistent quelquefois longtemps après, puisque nous les voyons s'en plaindre après dix ans et plus. Nous n'avons pas remarqué que ces troubles de la mémoire soient en corrélation avec les troubles neurasthéniques comme certains auteurs le prétendent.

*Troubles de la nutrition. L'obésité.* — C'est un des phénomènes sur lesquels on a d'autant plus insisté, qu'en art vétérinaire la castration est depuis longtemps pratiquée dans le seul but de faire acquérir à certains animaux domestiques une sur-

charge graisseuse notable. Loevy et Richter avaient noté la diminution des échanges respiratoires chez la chienne castrée, diminution qui serait due à l'affaiblissement de l'énergie d'oxydation du protoplasma. Dans un travail Lüthje arrive à des résultats différents de ceux des auteurs précédents, et il conteste à l'ovaire toute influence directe sur l'augmentation des graisses. Tout le monde sait, cependant, que la castration entraîne l'adipose. Bailly parle d'une de ses malades qui était passée, en trois ans, de 70 livres à 250 livres. Jayle dit avoir observé 2 femmes dont l'une avait atteint 200 livres et dont l'autre se trouvait doublée de poids. Nous avons trouvé sur 24 cas 6 malades qui ont engraissé après l'opération de 12 à 22 livres.

A côté de ces cas d'adipose, nous citons 2 cas d'amaigrissement constaté après huit ou neuf ans, mais 4 malades, après une phase de croissance durant neuf à dix-sept ans, ont maigri.

En résumé, l'obésité exagérée est très rare. Il est incontestable, et c'est fort heureux, que beaucoup de malades engraissent après l'opération, débarrassées de leurs douleurs, elles reprennent l'embonpoint qu'elles avaient auparavant. Mais, hormis chez les femmes nettement prédisposées, on ne voit pas de cas d'obésité véritable.

*Glandes mammaires.* — A la puberté, c'est-à-dire à la période de développement des glandes génitales, on assiste à des modifications du côté de la mamelle,

non seulement chez la femme, mais aussi chez l'homme ; il ne s'agit pas de phénomènes congestifs, mais d'un travail de formation glandulaire, car il s'écoule par le mamelon un liquide trouble analogue au colostrum. Nous venons de voir l'harmonie qui existe entre le développement des glandes génitales et des seins. Mais en supprimant les ovaires, on assise parfois au phénomène analogue ; chez l'homme même, la castration a pu produire la gynécomastie ; quand la castration a eu lieu pendant l'allaitement, ce dernier phénomène est bien connu, et il est si constant chez les animaux que l'ovariotomie est pratiquée couramment chez les vaches laitières. Cette influence de la castration sur la lactation concorde assez bien avec ce qui se passe à l'état normal ; en effet, pendant que la femme allaite, les règles disparaissent et ce n'est qu'au bout de quatre à cinq mois que la menstruation se rétablit.

Il y aurait donc une certaine équivalence entre l'inactivité des ovaires et leur suppression ; le repos de la glande ovarienne semblerait favorable à l'excitation et au fonctionnement de la glande mammaire. Mais ce sont des hypothèses, puisqu'on voit fréquemment de bonnes nourrices devenir enceintes pendant qu'elles allaitent, alors même qu'elles ne sont pas réglées. Ceci prouve que l'inactivité de l'ovaire n'est que relative pendant cette période de la vie. La menstruation n'est pas non plus en antagonisme avec la lactation ; on trouve, certes, d'excel-

lentes nourrices qui sont parfaitement réglées.

Roberts, chargé d'une mission dans l'Asie centrale, a eu l'occasion de voir et d'examiner des femmes eunuques castrées avant la puberté, elles n'ont, dit-il, ni seins, ni mamelons ; elles offrent une atrophie complète des organes sexuels externes. Il est donc bien certain que les seins ne se développent pas si la fonction ovarienne est supprimée avant la puberté, nous allons examiner maintenant ce qui se passe quand on enlève les ovaires après la puberté. Jayle est le premier à y faire allusion et dit que quelques malades jeunes lui ont dit que leurs seins étaient devenus plus flasques et tombant, nous-même, trouvons sur 24 castrées, 5 malades qui accusèrent une augmentation, et 2 une diminution de volume et de consistance des seins dès l'opération, mais seulement dans un cas cette augmentation des seins était constaté après dix ans.

*Affections cutanées.* — Nous n'avons pas trouvé de malades se plaignant de perdre leurs cheveux après l'opération, quoique les auteurs prétendent que c'est un phénomène fréquent et ils comptent 56 o/o des opérées, mais ils ajoutent que ces troubles du côté du bulbe pillaire débutent quelques semaines après l'intervention et que les cheveux ne tardent pas à repousser, que jamais ils n'ont observé de chute définitive. C'est peut-être pour cette raison, qu'après dix ans et plus après l'opération, les malades ne se rappellent pas cette banalité de leur coiffure cepen-

dant cet accident serait vraiment tellement marqué, croyons-nous que les femmes, surtout jeunes, sauraient attirer notre attention. Tous les chirurgiens savent qu'après des opérations importantes et de longue durée, les malades perdent quelque peu leurs cheveux ; d'autre part, l'état infectieux antérieur ou l'état anémique, voire neuropathique postérieur à l'opération peut en être la cause, donc il y a là une entité morbide soit préexistante, soit apparue après l'opération et de peu de durée, n'ayant aucune corrélation avec les troubles dus aux oophrectomies complètes...

Il n'en est pas de même pour les affections cutanées et les affections utéro-ovariennes. Brocq s'exprime ainsi à ce sujet : « L'influence des organes génitaux sur la peau est très nette chez la femme : les troubles menstruels, particulièrement l'aménorrhée douloureuse, les lésions des organes génitaux, enfin la grossesse provoquent, exagèrent ou exacerbent les phénomènes hyperséborrhéiques. Ici encore, les modifications que subissent les humeurs sous l'influence des sécrétions internes des organes génitaux peuvent être invoquées pour expliquer les troubles cutanés, mais rarement chez la femme aménorrhéique ou oligoménorrhéique. Accidentellement ou d'une façon persistante, les troubles réflexes et surtout les congestions secondaires peuvent aider au processus physico-clinique qui retentit sur la peau. »

D'autre part, Brocq rappelle une observation que Sottas présenta quelques mois auparavant à la Société

de Dermatologie, d'une castrée de trente-huit ans, qui, un an après, commença à présenter sur le haut du tronc et sur les bras un prurit intense bientôt suivi d'une éruption papuleuse qui s'étendit progressivement à une partie de la poitrine et où tous les moyens thérapeutiques ont échoué, sauf l'extrait des ovaires. Parmi les affections, nous relevons de l'eczéma séborrhéique, plaques de purpura, des affections prurigineuses.

Nous avons à noter seulement un cas d'éruptions furonculeuses et un autre cas d'éruptions prurigineuses qui se sont montrées dans l'observation III après vingt ans et dans l'observation V plusieurs fois dans les dix ans qui suivirent l'opération.

*Les troubles phonétiques.* — L'ablation des ovaires pratiquée avant la puberté retentit sur le larynx en modifiant son développement normal, ainsi que les castrats ont un larynx infantile avec le registre et le timbre de soprano. Il n'en est pas de même lorsque la castration est faite après la puberté, puisque le larynx déjà développé et maintenu par son squelette ne se rétrécit pas, la voix garde sa tonalité, mais quelquefois elle devient rauque. Nous savons, d'autre part, qu'il y a une relation incontestable entre les périodes successives de la vie génitale de la femme et les modifications de la voix et que les diverses maladies de l'appareil génital de la femme peuvent exercer sur la voix parlée une réelle action et déterminer des altérations vocales. Landry a cité

le cas d'une malade atteinte d'aphonie en même temps que d'une antéflexion de l'utérus ; l'aphonie disparaîssait avec la réduction de l'organe. Albespy a étudié les relations qui existaient entre les troubles génitaux et les affections des voies aériennes supérieures chez la femme. D'après cet auteur, on peut observer soit de la congestion passive, soit des phénomènes de compression par augmentation du corps thyroïde, soit des troubles réflexes. Or, tous ces phénomènes peuvent retentir directement ou indirectement sur la circulation ou l'innervation laryngée. Moure eut l'occasion de voir une personne douée d'une voix de soprano aiguë, qui, ayant eu l'ovariotomie double à trente ans, perdit ses notes élevées, tandis que son médium se timbrait. « Castex étudia 6 cantatrices à ce point de vue et, seulement dans un cas, il trouva que la voix parlée devint rauque et que cette raucité était beaucoup plus marquée (de quatre notes) sur son registre aigu et que la voix de soprano se voilait quand elle fonctionnait ; mais, dans tous les autres cas, il trouva que la voix qui était très belle comme étendue et comme timbre n'avait rien perdu de ses qualités et même, dans un cas, la voix a gagné depuis, en étendue et en force, sans qu'aucun changement fâcheux ne se soit montré, ou, dans d'autres cas, la voix gagne quelques notes dans le grave, sans avoir perdu dans l'aigu. Quelquefois même, les chanteuses, à la suite de l'opération sur la voie génitale, ont vu revenir leur belle voix que leur maladie avait compromise.

Mais il n'en est pas de même avec la voix parlée.

Dans nos observations, nous trouvons 4 sur 24 des malades qui signalaient les modifications immédiates de la voix parlée et, suivant la personne, la voix est devenue dure, voilée, cassée, rauque ou masculine.

En résumé, l'ablation des ovaires est peut-être sans effet sur la voix chantée, elle a une influence incontestable sur la voix parlée dans 17 o/o des cas, que nous pensons être d'origine réflexe car nous trouvons ces troubles phonétiques chez les malades à qui on a pratiqué des oophorectomies unilatérales.

*Troubles de la réfraction.* — Nous nommons ainsi les troubles de la vue rencontrés dans nos 11 observations, portant seulement sur la réfraction de l'œil sans incommoder en aucune manière l'armature extrinsèque ou intrinsèque de l'œil. Cette asthénie du muscle ciliaire est d'ailleurs très fréquemment observée dans tous les cas physiologiques ou pathologiques relevant de la sphère utéro-ovarienne. Ils se manifestent par une fatigue très rapide que provoque la lecture ou la couture surtout chez les femmes hypermétropes.

Les anciens déjà, comme Hippocrate, avaient remarqué que « les pertes sanguines d'origine utérine peuvent déterminer des maux de tête et des troubles oculaires ». Robert Loevy, Pflüger, notent une conjonctivite avec orgelets et des hémorragies conjonctivales à chaque époque menstruelle. Muller a observé

un cas de chémosis de la conjonctive. Meyer a rapporté un cas d'une cécité durant quelques heures avant chaque menstruation normale. On observe fréquemment, dans les cas de dysménorrhée, des troubles oculaires variés : les troubles oculaires dus à l'aménorrhée, à la suppression des règles ou à la ménopause sont aussi très nombreux. On connaît depuis longtemps l'influence de la ménopause sur le développement des inflammations chroniques du tractus uvéal ou des troubles oculaires sous forme de choroïdite atteignant également la partie antérieure du globe, soit sous forme de cyclite, soit sous forme d iritis. Jayle dit qu'il se borne à mentionner l'affaiblissement de la vue qui lui paraît une coïncidence rare chez les castrées.

Robert Loevy nie cette influence. Berger a cependant rapporté des cas dans lesquels il pouvait attribuer la baisse de la vision à l'aggravation d'un état nerveux et non pas à l'influence de la suppression des ovaires.

Cependant, en étudiant nos 24 observations nous avons trouvé la diminution de la vision dans 11 cas, soit chez 46 o/o des opérées. Cette asthénie commença dans 10 cas tout de suite après l'opération et dans un cas après trois ans. L'âge des malades atteintes de troubles de la réfraction varie entre vingt et cinquante-deux ans.

Les explications données par les différents auteurs sur la genèse de ces troubles sont différentes ; les uns sont partisans de la théorie du reflexe ner-

veux, mais en ajoutant que dans un certain nombre des cas on ne relève pas la moindre trace d'hystérie; les autres cherchent leurs explications dans les altérations d'ordre toxique. Le rôle de l'auto-intoxication par l'ovaire avait été placé dans le flux cataménal par Charrin, opinion qui a été soutenue par Tarnier et Chautreil.

D'après Frænkel, c'est le corps jaune qui jouerait le rôle primordial, mais il ne faut pas oublier l'action de la sécrétion des cellules interstitielles de l'école française. Donc si on enlève les ovaires, la sécrétion est supprimée, la fonction antitoxique ne s'exercera plus et il y aura toxhémie se manifestant par l'asthénie de l'accommodation.

*Elimination urinaire.* — Des travaux importants ont été publiés sur la formule urinaire des animaux et des femmes castrées. Nous n'insistons pas sur les questions d'importance secondaire, comme la quantité, l'extrait sec, l'acidité des urines qui sont en fonction de la coutume et de besoins particuliers à chaque individu, mais nous voulons rappeler en quelques mots les résultats des travaux intéressants visant l'élimination urinaire chez la femme de la puberté jusqu'à la ménopause. Francillon a démontré que la quantité d'urée diminue à la puberté; qu'indépendamment de l'âge, l'élimination de l'urée diminue pendant les règles et que cette différence est encore plus marquée dans les jours qui suivent. Il en est de même pour l'azote total. Pinzani, le premier, étudia

cette élimination chez les femmes castrées, en trouvant diminution des phosphates, des chlorures, du taux d urée et de l'azote total de 12 o/o. Caratulo et Tarulli ont conclu, que la quantité d'urée émise a diminué de 20 o/o, que le taux éliminé a beaucoup baissé ; que le poids de l'anhydride phosphorique est tombé à la moitié de la quantité éliminée avant la castration. Gomès a repris les études faites par Caratulo et Tarulli et trouva que la castration tend à diminuer dans les urines, la teneur en phosphates, aussi bien chez la femme que chez les animaux. Cependant nous devons citer un cas de Mossé qui a obtenu une augmentation du phosphate urinaire concordant avec les données cliniques de l'accumulation des phosphates par la castration préconisée dans l'ostéomalacie à cause précisément de l'augmentation du taux des phosphates dans l'organisme.

La plupart des auteurs récents attribuent peu d'importance aux modifications de l'élimination urinaire, cependant, nous avons obtenu dans trois analyses faites après dix-sept ans de l'opération (obs. IV, VIII, XXIII) une diminution notable de l'azote uréique allant jusqu'à 15 grammes et 9 grammes par litre. Le rapport azoturique est abaissé à 0,76 ; les chlorures sont éliminés en proportion normale, mais les phosphates ont diminué pour n'être que 0,60 à 1,33 par litre ; quant à l'acide urique il semble être resté à son taux normal.

Quel est le mécanisme de l'action de la castration sur les éliminations urinaires ? Charrier et Jardry

ont montré que la suppression de la sécrétion ovarienne produit la diminution des phosphates avec ralentissement des échanges respiratoires et l'abaissement du coefficient d'oxydation ; et ce phénomène est tellement net pour eux que la greffe ovarienne ramène fatalement l'élimination des phosphates et de l'azote au taux normal et que, par conséquent, il suffit de doser des phosphates urinaires pour apprécier le degré de réussite d'une greffe ovarienne, quoique, à l'heure actuelle, nous ne connaissons pas bien l'action des sécrétions internes, et que l'élimination urinaire phosphatée obéit sûrement à d'autres influences autrement importantes que celles de la sécrétion interne. Caratulo, Tarulli et Mossé ont essayé d'expliquer cette modification de l'élimination des phosphates par une diminution d'oxydation du phosphate organique. Enfin Francillon dit qu'il croit que de l'ovaire part une excitation agissant par voie réflexe sur les nerfs vaso-dilatateurs des os pour amener l'hyperhémie passive, l'accumulation de l'acide carbonique et la résorption des sels de calcium.

*Troubles de la miction.* — Terillon est le premier à signaler les troubles vésicaux après la castration : « Sur 85 de mes opérées, dit-il, 79 peuvent être considérées comme guéries définitivement, mais 6 malades ont encore quelques troubles tels que douleurs abdominales et troubles vésicaux. » Depuis, personne n'en a parlé, et cependant c'est un phénomène qui

n'est pas rare. Ces troubles consistent en mictions fréquentes, plus rarement étant normales comme nombre, mais douloureuses ; tantôt cette douleur se fait sentir au commencement de la miction, tantôt à la fin. Sur 24 opérées nous trouvons 3 malades se plaignant de mictions fréquentes, chez 2 malades vingt ans après (obs. III, XXI) et chez la troisième huit ans après l'opération.

A quoi faut-il les attribuer ? Les uns les attribuent à la cystite, si facile à communiquer par des sondages consécutifs à l'opération, d'autant plus, disent-ils, qu'ils portent sur une vessie traumatisée ; d'autres disent qu'en enlevant l'utérus, il est presque impossible d'éviter de léser plus ou moins le plexus nerveux vésical, mais nous constatons que cette fréquence de mictions se voit très tardivement à la période des lésions scléreuses, du côté des organes génitaux externes, ou comme dans l'observation II, à la suite d'une éventration.

*Parallélisme entre les troubles immédiats et tardifs.* — En superposant les troubles apparus, dès l'opération, à ceux qui se montrent dans dix ans et plus, nous pouvons tirer beaucoup des faits qui s'ajouteront aux autres, ayant pour but de résoudre la question si longuement discutée, concernant l'application des opérations mutilatrices d'une part, et conservatrices d'autre part, dans les interventions portées sur la sphère génitale de la femme.

Sans doute, pour juger de l'action thérapeutique

d'une opération, il ne suffit pas d'étudier les effets survenus immédiatement après, car beaucoup parmi eux peuvent avoir leur genèse dans les circonstances qui viennent en jeu, sans rapport à cette intervention, mais dépendant tout simplement d'un état impressionnable, émotif, suggestible du sujet. Il n'en est pas de même après un laps de temps assez notable pendant lequel le sujet se fortifie et s'assujettit à ces nouvelles circonstances, et alors en parcourant symptôme par symptôme éveillé par cette mutilation des organes, nous voyons que l'utérus s'atrophie s'il ne devient pas l'organe des phénomènes des habitudes organiques aboutissant à la menstruation qui se voit dans un tiers de cas et qui persiste seulement de trois à dix ans et demi, mais à son défaut une atrophie des organes génitaux externes vient s'ajouter après un temps variable de dix à vingt et un ans, en produisant à son compte plus rarement la fréquence des mictions, mais surtout l'agenésie et les douleurs lombaires. Le désir sexuel est aboli chez 5 malades dès l'opération, chez 4 après sept, huit, douze et vingt-six ans. L'état neurasthénique avec pertes de force, céphalée, insomnies, cauchemars, palpitations, essoufflements, contracté tout de suite, excepté chez 2 malades, après quatorze et quinze ans de l'opération, persiste longtemps après dans sa ténacité. La voix et la vue bonne avant l'intervention se modifient pour se présenter après dix ans et plus avec les mêmes caractères ; dans un seul cas la malade s'aperçoit du changement de la vue trois ans après.

Par contre les troubles congestifs, tels que les bouffées de chaleur fortes après l'opération, diminuent au bout de six ans environ d'intensité et de fréquence, cependant nous citons 3 malades chez lesquelles ces bouffées apparaissent après six, dix et demi et même quinze ans. Le psychisme et la mémoire sont touchés dès l'opération, et seulement dans 3 cas le psychisme se montre atteint après sept et huit ans et la mémoire après dix, quinze et vingt ans. De même les troubles cutanés, nuls au début, inquiètent deux malades après dix et demi et vingt ans.

Enfin, la nutrition qui souffre au début en provoquant de l'obésité fait place à l'amaigrissement, ou plus rarement elle persiste, mais dans 2 cas après huit et neuf ans les castrées au poids normal maigrissent ; l'élimination urinaire, au bout de dix ans et plus, montre la diminution du taux de l'urée et des phosphates.

En somme, tous ces malaises, que nous relatons après dix ans et plus de l'opération, ne sont pas graves, les malades sont, en général, satisfaites de leur sort ; cependant l'atrophie de la vulve est souvent gênante et nous avons vu plusieurs malades demander un traitement à la dyspareunie dont elles sont atteintes.

## TROUBLES DUS AUX OOPHORECTOMIES INCOMPLÈTES

*Menstruation.* — Les femmes avec l'utérus conservé ont la persistance des règles, mais elles

s'arrêtent plus tôt en constituant la ménopause anticipée, ainsi sur 8 nous comptons 3 malades (des observations XXV, XXVIII, XXIX) qui voyaient ces règles s'arrêter à l'âge de trente-cinq et trente-sept ans, c'est-à-dire après cinq, onze et douze ans qui suivent l'opération.

*Troubles trophyques vulvaires.* — Ils sont rares, alors qu'ils sont la règle dans les castrations complètes.

*Douleurs.* — Les douleurs abdominales disparaissent chez 10 malades ; les douleurs lombaires se montrent chez 4 malades pendant quelques années après l'opération, mais ici encore nous constatons la coïncidence de ces douleurs lombaires avec kraurosis post-opératoire.

*Bouffées de chaleur.* — Les bouffées peuvent être observées, mais ne présentent jamais l'intensité que l'on remarque si souvent chez les castrées ; si elles surviennent tout de suite elles diminueront de fréquence et d'intensité pour devenir nulles après dix ou treize ans, mais si elles ne se montrent pas dès le début, elles se réveillent à un moment plus éloigné : six, neuf ou douze ans.

*Troubles sensoriels.* — Ils sont rares car la vue a baissé dans un cas dès l'opération et dans l'autre neuf ans après à l'âge de quarante ans.

*État neurasthénique.* — Moins accentué que dans les asphorectomies complètes car sur 12 malades, 3 accuseront de l'asthénie musculaire et une seule aurait des maux de tête ; plus gênantes et fréquentes sont les insomnies avec cauchemars et les troubles spasmodiques qui entrent dans 33 o/o des cas.

*Troubles psychiques et amnésie.* — La mémoire est peu touchée car dans 3 cas nous notons sa diminution depuis l'opération, dans 1 cas après onze ans seulement, et dans l'autre nous constatons amnésie. L'irritabilité est accrue chez 6 opérées, toutefois on ne voit ni d'idées noires, ni d'idées de suicide, un seul cas s'accompagne de crises de larmes.

*Fonctions sexuelles.* — Ici aussi nous avons peu de désordre, car seulement 2 malades accusèrent une diminution du désir et du plaisir plusieurs années après, mais la première fut atteinte d'une métrite et l'autre présente du kraurosis ; par contre une seule les a vu exacerbés.

*Nutrition.* — 4 opérées nous disent avoir engraissé de 15 à 40 livres dans quelques années et une maigrir ; les seins s'affaissent chez 2 malades. L'analyse des urines nous révèle une diminution des phosphates et de l'urée.

*Mictions.* — La fréquence des mictions est signalée dans 2 cas dus probablement au kraurosis post-opératoire.

Dans l'appréciation des résultats des oophorectomies incomplètes il faut tenir compte de la valeur antérieure des ovaires. En plus dans les cas que nous examinons après dix ans d'intervalle, il arrive que la ménopause est survenue parfois plus tôt qu'à l'ordinaire et nous relatons ainsi des troubles qui ne sont plus pour le compte de l'opération, mais sont attribuables à la ménopause elle-même.

Donc la conservation d'un ovaire est à recommander toutes les fois que la trompe est saine et M. le professeur Pozzi a préconisé depuis plus de vingt ans non seulement la conservation de la glande, mais encore sa résection.

En cas d'ablation des trompes, si l'utérus est sain ainsi que les ovaires ou un ovaire (comme il arrive dans une grossesse extra-utérine double, par exemple), l'ovaire est encore à conserver. Aussi dans certaines salpingites, l'oophorectomie partielle a été recommandée et pratiquée, en particulier par M. F. Jayle depuis une quinzaine d'années.

La raison de ces opérations conservatrices est, quand la trompe est saine, de permettre des grossesses et M. le professeur Pozzi a cité nombre de cas heureux, d'ailleurs dans l'observation VII nous trouvons un cas semblable.

En plus, la menstruation est conservée et les troubles les plus gênants de l'insuffisance ovarienne supprimés. Les lésions d'ordre trophique, atrophie du vagin ou kraurosis n'existent presque pas et les

troubles congestifs ou nutritifs sont nuls ou peu marqués.

### Troubles dus aux hystérectomies simples

Les troubles observés dans la castration utérine sont de beaucoup moins considérables que ceux que l'on rencontre dans la castration ovarienne, cependant nous notons dans nos deux observations à défaut d'un plus grand nombre, parce que les interventions de cette nature sont en général rares, les troubles congestifs, tels que des bouffées de chaleur, gênantes au début, mais diminuant progressivement pour être nulles après dix ans dans l'observation XXXVII ou après trois ans, dans l'observation XXXVIII, des palpitations et des essoufflements assez tenaces et forts allant jusqu'à la perte de connaissance comme dans l'observation XXXVIII et la perte de la mémoire datant de dix ans sans tendance à la rétrocession, par contre, nous ne voyons pas de troubles psychiques si banaux chez les ovariotomisées et même la malade de l'observation XXXVII prétend que ses crises de nerfs antérieures à l'opération ont disparu. De même il n'y avait à aucun moment de troubles génésiques et les organes génitaux externes sont indemnes de sclérose.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

Andrée L..., femme G..., trente-neuf ans.

*Règles.* — Premières règles à douze ans, aménorrhée jusqu'à dix-huit ans ; à partir de cet âge mal réglée, ayant des retards de deux à trois mois.

*Passé génital.* — A eu trois enfants. Une fausse couche de cinq mois. Depuis ce moment la malade a des douleurs très fortes dans le ventre, les aines, les reins avec pertes blanc jaunâtre abondantes.

*Opération.* — Le 21 août 1895. Ablation de l'ovaire droit. Après cette opération la malade souffrait encore au côté gauche du ventre ; les douleurs deviennent tellement violentes que la malade se décide à une nouvelle intervention pratiquée le 10 août 1896, pour l'ablation de l'ovaire gauche.

La malade est revue le 27 mars 1908.

*Suites opératoires.* — Après la deuxième intervention les douleurs sont moins fortes qu'avant, mais la malade continue à souffrir ; ces douleurs reviennent par crises. Les règles ont disparu. Pertes claires fréquentes, mais pas de pertes rouges. Bouffées de chaleur surtout la première année, très fréquentes, toutes les trois minutes, aussi la deuxième année, et depuis elles diminuent et ne gênent plus la malade : elle en a encore par moment deux ou trois par semaine. Sueurs abondantes en dehors des bouffées de chaleur. Caractère changé, elle est irritable, méchante et de mauvaise humeur. La mémoire a un peu diminué. Maux de tête forts au début, diminuent progressivement, mais en a encore deux ou trois fois par semaine avec vomissements

biliaires. Cette migraine dure toute la journée. Affaiblissement de la vue. Asthénie neuro-musculaire, la malade est faible et se sent lasse continuellement. Pas d'adipose ni d'amaigrissement notable. Affaiblissement de l'ouïe depuis deux ans. Troubles digestifs. Disparition des désirs et plaisirs vénériens. Elle s'est aperçu de la sécheresse de la vulve environ un an après l'opération. Les rapports actuellement sont impossibles, parce que très douloureux.

*Examen physique.* — Orifice vulvaire rétréci. Petites lèvres de petite dimension ; rougeur de l'orifice vulvaire ; un peu de rougeur du méat ; brides dans le fond du vagin ; col petit atrophié ; on ne sent pas l'utérus.

## OBSERVATION II

Adrienne C..., quarante-trois ans.

*Règles.* — Règles à quinze ans. Régulières, non abondantes durée trois jours, non douloureuses.

*Passé génital.* — Pas de fausse couche. A eu un accouchement à dix-neuf ans suivi d'une déchirure du périnée non cousue. Dix-huit mois plus tard, éclate une péritonite traitée pendant deux mois. Commence à souffrir cinq ans après son accouchement, de règles surabondantes, d'écoulement jaune-verdâtre et de douleurs violentes dans le bas-ventre avec irradiation aux reins et à la cuisse droite.

*Opération*, en 1903. — Laparatomie pour salpingo-ovarite double. Conservation de l'utérus. Elle est revue au mois d'octobre 1913.

*Suites opératoires.* — Les règles persistaient pendant trois ans, régulières, non douloureuses, peu abondantes avec des pertes blanc-jaunâtre et roses, dans l'intervalle des règles. Les règles comme les pertes disparaissent subitement pour ne plus revenir. Bouffées de chaleur très intenses pendant les premiers trois ans, toutes les heures le jour et la nuit, accompagnées de sueurs qui la gênaient beaucoup. Ces bouffées vont en diminuant

beaucoup d'intensité, ainsi que depuis deux ans, elles sont presque nulles. Perte de mémoire très marquée, elle oublie où elle vient de mettre ses vêtements. Le caractère est totalement changé, la malade est devenue nerveuse, irritable et méchante; les idées noires apparues il y a trois ans, disparaissent deux ans après. Les forces ont diminué considérablement, elle étouffe facilement. Maux de tête attribués à la sinusite trépanée au début de l'année 1913. Sommeil bon, sans cauchemars. Les seins ont augmenté de volume. Bourdonnements d'oreille. Voix devient plus rauque; affaiblissement de la vue les derniers trois ans. Digestion pénible avec sensation de lourdeur après les repas. Appétit sexuel diminue depuis trois ans. Mictions fréquentes, dues à l'éventration.

La malade est satisfaite de l'opération.

*Examen physique.* — Vulve sclérosée avec muqueuse pâle, sèche ; rétrécissement de l'anneau vulvaire, amincissement des petites lèvres, sans atrophie. Hymen normal. Col petit, le corps porté à droite et atrophié. Hernie abdominale avec tendance à l'irréductibilité.

## OBSERVATION III

Marie M. ., cinquante-deux ans

*Règles.* —Réglée à quinze ans et demi. Règles régulières, peu abondantes, durée quatre jours, douloureuses.

*Passé génital.* — A eu un accouchement normal; pas de fausse couche. Depuis sa couche, elle souffre continuellement dans le bas-ventre, elle a des pertes blanches abondantes et bien qu'elle ait été traitée pendant cinq ans par le port d'un pessaire et des pansements, son état ne s'est pas amélioré.

*Opération.* — Opérée le 27 septembre 1890. Laparotomie. Ablation des annexes pour salpingo-ovarite double.

La malade est revue au mois d'octobre 1913.

*Suites opératoires.* — Douleurs, pertes blanches et les règles ont disparu complètement. Développement des hémorroïdes avec flux hémorroïdaire très abondant tous les trois ans et

pertes sanguines hémorroïdaires quotidiennes. Elle vient à la clinique de gynécologie tous les trois ans pour se faire cautériser ses hémorroïdes. Bouffées de chaleur avec sueurs assez fréquentes, au nombre de trois à quatre par jour; se montrent dès l'opération, mais traitées par l'opothérapie ovarienne pendant quatre ans elles disparaissent et l'état congestif s'améliore; d'ailleurs ces bouffées diminuent progressivement d'intensité et de fréquence. Elle ne les a pas eues depuis quinze ans.

Appendicectomie avec ablation des hémorroïdes il y a sept ans suivie de douleurs abdominales dues au rein flottant. Pendant les derniers trois ans elle a eu deux pertes sanguines assez abondantes durant huit à quinze jours, attribuées au kyste du méat qui se crevait pour se reconstituer de nouveau, mais suinte très peu dans l'intervalle, d'où état congestif très marqué depuis la deuxième opération avec rougeur de la face, palpitations, oppressions et essoufflements. La perte de mémoire est peu accusée. Son irritabilité s'est accrue; elle est colérense, a des idées noires. Sommeil bon, rares cauchemars; forces diminuent comme la vue depuis trois ans. Pas d'amaigrissement ni d'embonpoint. Éruptions furonculeuses fréquentes depuis trois ans. Les désirs et plaisirs vénériens ont diminué, nuls depuis sa deuxième opération. Douleurs, au moment des rapports, dues à la sclérose vulvaire, datant d'il y a trois ans. Mictions fréquentes et peu abondantes depuis plusieurs années.

*Examen physique.* — Sclérose vulvaire, amincissement des petites lèvres; vagin rétréci et court avec sécheresse très grande; le méat est large, muqueuse rouge, éversée, avec excroissances polypeuses; taches rouges sur le vestibule; arborisations vasculaires très nettes dans les fossettes urétrales et au niveau de l'orifice des glandes de Bartholin. Utérus très peu atrophié, en rétroversion et rétroflexion. Cicatrice abdominale parfaite, sans éventration.

*Remarque.* — Tant que l'état hémorroïdaire persiste, les troubles congestifs sont faibles; après la suppression de ce flux, sorte de règles supplémentaires, l'état congestif augmente et la sclérose vulvaire débute; la nature tend à faire déverser le sang au dehors par le kyste du méat qui se constitue.

## OBSERVATION IV

M..., femme A..., trente-sept ans, employée.

*Règles.* — Réglée à onze ans et demi, régulièrement, règles abondantes, durée huit jours, douloureuses.

*Passé génital.* — Mariée à dix-sept ans et demi ; une fausse couche à dix-huit ans ; deuxième fausse couche un an après suivie de métrorragies abondantes avec pertes blanc jaunâtre et de douleurs insupportables dans le bas-ventre avec irradiations aux reins et à l'anus, calmées par le repos. Spécificité conceptionnelle.

*Opération.* — Laparotomie en 1893. Ablation bilatérale des annexes.

*Suites opératoires.* — Elle revient à la consultation le 9 octobre 1910 se plaignant d'impossibilité d'avoir des rapports. La malade ne souffre plus du ventre. Elle a eu des bouffées de chaleur tout de suite après l'opération accompagnées de sueurs qui la gênaient beaucoup, mais disparaissaient après deux ans ; maux de tête violents chaque nuit, dus probablement à la spécificité ; la mémoire est très affaiblie bien qu'elle se rappelle encore à peu près les faits importants de sa vie ; le caractère tout à fait changé ; plus irritable, émotive, plus méchante, avec des idées noires, lassitude continuelle, sans force, incapable d'énergie ; amaigrissement léger depuis l'âge de vingt-huit ans ; affaiblissement de la vue. Appétit sexuel intact jusqu'à dix-huit mois qui suivirent l'opération.

*Élimination urinaire.* — Quantité d'urine 1.500 grammes par vingt-quatre heures ; réaction acide ; densité 1012 ; urée 15 gr. 18 par litre ; acide urique 0 gr. 44 ; chlorures 10 gr. 65 ; phosphates 1 gr. 33.

*Examen physique.* — Malade un peu variqueuse. Système pileux moyennement développé ; sclérose vulvaire généralisée, tendance à l'aspect blanchâtre préleucoplasique. Orifice vaginal très étroit. Rougeur du méat avec petites arborisations, vascularisation du sillon vestibulo-hymenal, surtout près des orifices

des glandes de Bartholin. Hymen, simple liséré totalement absent en arrière.

Par l'orifice vaginal on sent légère saillie de la paroi antérieure du vagin; sécheresse très grande. Toucher douloureux même avec un doigt. Col très petit en arrière, un peu à droite entouré de brides vaginales dues à la sclérose. Corps atrophié, grosseur d'une noisette, fléchi en avant. Rien dans le pelvis. Épaississement de l'urètre qui est douloureux à la pression ; ne souffre pas en urinant. Au spéculum : col marquant à peine, petit orifice circulaire, légèrement rouge, comme le méat, laissant écouler un peu de liquide blanc jaunâtre.

## OBSERVATION V

Céline B..., trente-deux ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans. Régulières, non douloureuses, abondantes, durée : six, huit jours.

*Opération.* — En 1898 elle a subi une laparatomie pour salpingo-ovarite double. Utérus est laissé en place.

La malade est revue le 22 juin 1908.

*Suites opératoires.* — Les douleurs ont disparu ; la malade ne se rappelle qu'avoir simplement ressenti quelques bouffées de chaleur au moment de ses anciennes règles, mais il ya deux ans à la suite de surmenage elle accusa des bouffées de chaleur fréquentes, beaucoup plus fortes la nuit que le jour avec des sueurs profuses la gênant beaucoup ; cet état dura seulement deux mois. On note depuis ces deux dernières années le changement du caractère, elle est devenue triste, plus irritable, plus méchante ; idées noires ; la mémoire baisse, elle oublie souvent les noms propres. Asthénie neuro-musculaire. Quelquefois elle a eu des éruptions prurigineuses.

L'affaiblissement des désirs vénériens depuis deux ans ; la malade se sent après les rapports très affaiblie, pour cette raison elle s'abstient souvent ; elle a eu une sensation d'étroitesse non douloureuse, de la sécheresse du vagin. Cette sensation commença

de suite après l'opération et devient plus sensible depuis deux ans.

*Examen physique.* — Orifice vaginal rétréci avec lésions de sclérose ; méat rouge avec petites taches rouges au pourtour. Utérus atrophié, n'a pas plus de 2 cm. 1/2 à 3 centimètres de largeur. Rien dans le pelvis.

## OBSERVATION VI

P..., femme R..., vingt-huit ans.

*Règles.* — Réglée à douze ans et demi, toutes les trois semaines, abondantes durant quatre à cinq jours, non douloureuses ; elle salissait quatre serviettes par jour.

*Passé génital.* — Un accouchement à dix-sept ans suivi d'arrêt des règles pendant huit mois : un an après son accouchement, elle souffre dans les deux aines avec irradiation aux cuisses, aux reins.

12 août. — *Opération.*— Ablation bilatérale des annexes pour salpingite double, drainage.

La malade est revue le 30 octobre 1912.

*Suites opératoires.* — Après l'opération les règles étaient régulières, non douloureuses et peu abondantes durant un jour, mais depuis trois mois elles ont disparu pour être remplacées par des bouffées de chaleur fréquentes et plus marquées après midi et des sueurs nocturnes. Mémoire affaiblie depuis un an ; caractère changé, très nerveuse, très irritable, sujette aux idées noires, palpations, essoufflements. Seins augmentent de volume depuis un an.

*Examen physique.*— Pas de sclérose vulvaire ; orifice vaginal paraît légèrement étroit ; col plutôt petit ; corps un peu petit en rétroversion ; rien dans le bassin. Éventration à droite de la cicatrice.

## OBSERVATION VII

Angèle H..., quarante ans.

*Règles.* — Réglée à seize ans, irrégulières assez, abondantes, douloureuses.

*Passé génital.* — Elle a eu son premier enfant à vingt-cinq ans ; la couche est suivie de douleurs dans le bas-ventre avec irriadiations aux reins, cuisses et à l'anus.

*Opération.* — Opérée en 1894. Laparotomie : ablation d'un ovaire et la résection d'une partie de l'autre. Elle est très améliorée. Deuxième accouchement deux ans après l'opération ; suites de couches avec douleurs abdominales. Elle rentre de nouveau à la clinique de gynécologie et alors, en 1896, on pratique l'hystérectomie totale avec ablation de deux trompes et le reste de l'ovaire gauche.

La malade est revue le 12 juin 1908.

*Suites opératoires.* — Douleurs abdominales ont disparu, mais elle accuse encore des douleurs lombaires. Pas de bouffées de chaleur, ni de sueurs à aucun moment. Céphalées quotidiennes depuis la deuxième opération, très fortes se faisant sentir aussi pendant la nuit accompagnées des vomissement. Sommeil mauvais avec cauchemars. Mémoire a baissé : elle confond les dates et les faits, ne se rappelle de rien et c'est, par bribes, qu'on lui arrache des renseignements ; crises de tristesse et de larmes pas d'idées de suicide. Diminution des forces. Prétend n'avoir jamais eu de plaisir, donc n'a pas remarqué de changement. Son appréciation qu'elle s'en trouve bien puisqu'elle ne souffre plus du ventre, mais se plaint encore de douleurs dans les reins.

*Examen physique.* — Rien dans le pelvis. Aspect scléreux, blanc de la muqueuse vaginale. Veines pleines dans le trigone urétral ont un aspect bleuté. Orifice du méat très rond, à bord mince scléreux, pas trop petit. Orifice vaginal large ; a été très déchiré, jadis ; pas de plaques rouges. Vagin lisse. Varices très développées avec œdème du membre inférieur. Varices pelviennes.

## OBSERVATION VIII

Mme G..., quarante-six ans.

*Règles.* — Réglée à dix-sept ans, irrégulières, peu abondantes, durée deux à trois jours, douloureuses.

*Passé génital.* — A eu trois enfants. A été soignée pour une métrite par l'ablation du col il y a dix-huit ans, après le dernier accouchement suivi d'une déchirure du périnée. Un an après, elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre avec irradiations aux cuisses et aux reins.

*Opération.* — Opérée en 1896, hystérectomie totale. Ablation bilatérale des annexes.

La malade est revue au mois d'octobre 1913.

*Suites opératoires.* — Les douleurs, les pertes et les règles n'ont pas réapparu. Les bouffées de chaleur l'incommodèrent seulement cinq ans après l'opération. Ces bouffées se montraient plus le jour que la nuit, peu fréquentes, au nombre de deux à trois par jour, ne la gênent pas beaucoup, mais sans tendance à la diminution. La mémoire a faibli deux ans après l'opération, surtout pour les choses qui venaient de se produire. La malade est devenue hypocondriaque, irritable, sujette aux idées noires continuelles, elle pense à sa mort prochaine. Asthénie neuro-musculaire intense, fatiguée pour un rien, avec accès d'oppression et fréquentes palpitations. Céphalées quotidiennes, se faisant sentir aussi pendant la nuit, mais moins douloureuses que le jour; elles apparurent il y a trois ans, c'est-à-dire au moment de l'apparition des douleurs abdominales dues vraisemblablement à la ptose viscérale et au rein flottant. Un peu d'insomnie; quand la malade s'endort, c'est d'un sommeil profond, lourd, laissant une impression de fatigue au réveil. Cauchemars assez fréquents. A engraissé de 15 livres après l'opération. Les seins sont affaissés. Épistaxis survenu deux ans après l'opération, s'est arrêté il y a trois ans, se montrant seulement à l'époque des anciennes règles. Affaiblissement de la vue. Digestion pénible, constipation. Les plaisirs et désirs vénériens sont diminués.

*Élimination urinaire.* — Volume de 900 grammes par vingt-quatre heures ; réaction légèrement acide ; densité 1,022 ; urée 8 gr. 95 par litre ; acide urique 0 gr. 37 ; chlorures 4 gr. 73 ; phosphates 0 gr. 61 ; rapport azoturique 0,76.

*Examen physique.* — Sclérose vulvaire marquée, Vagin étroit, scléreux et sec. Rien dans le pelvis. Rein flottant descendant jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire.

## OBSERVATION IX

D..., femme D..., cinquante-trois ans, couturière.

*Règles.* — Réglée à dix-neuf ans. Irrégulières, douloureuses, très abondantes, durant huit jours, et salissant dix serviettes par jour ; état anémique entre quinze et dix-neuf ans.

*Passé génital.* — A eu une grossesse à vingt-deux ans suivie d'une déchirure du périnée. Depuis ce temps elle souffrait dans les deux aines avec irradiation aux cuisses et aux reins ; pertes blanc jaunâtres, gonococciques ; des ménorragies quotidiennes ; métrorragies avec caillots ; migraines violentes. Anémie.

*Opération.* — Hystérectomie subtotale pratiquée au mois de mars 1896. Ablation des deux annexes.

La malade est revue le 9 janvier 1913.

*Suites opératoires.* — Elle n'a plus de douleurs. Depuis un an, au moment des anciennes règles, la malade dit avoir de légères pertes blanches et rouges, précédées de douleurs vagues dans les lombes, comme si c'était la menstruation ; d'autre part, elle se rappelle avoir eu, dix-huit mois après l'opération, deux fortes hémorragies vaginales, mais elle a des hémorroïdes qui peuvent en être la cause. Bouffées de chaleur pendant les six mois qui suivirent l'opération, très intenses, survenant à tout instant, accompagnées de sueurs abondantes. Ces bouffées étaient disparues depuis six mois. Immédiatement après l'opération, la malade accuse des absences totales de la mémoire, au point qu'elle ne pouvait plus se souvenir des mots usuels, plus faire d'addition, devait chercher à se souvenir du nom des rues bien connues ; les idées noires qui l'empêchaient de dormir pendant des nuits

entières ont disparu, mais des angoisses, des étouffements et des palpitations persistent. Elle a engraissé, en trois ans, de 12 kilogrammes, et depuis ce temps le poids reste stationnaire. Asthénie neuro-musculaire depuis six mois.

*Examen physique.* — Kraurosis vulvaire; poils raréfiés; petites lèvres bien réduites; au niveau de la fourchette on trouve une bride; l'hymen est complètement disparu; le méat est rétréci. Le vagin, très court, mesure 3 centimètres, à partir de l'orifice vaginal il va en se rétrécissant, en pain de sucre. On ne sent pas le col de l'utérus, tellement l'infundibulum est étroit; au fond du vagin il y a bien un diaphragme au delà duquel on suit peut-être le col. On ne sent plus le corps de l'utérus.

## OBSERVATION X

Mathilde D..., trente-huit ans.

*Règles.* — Premier flux menstruel à quinze ans, aménorrhée de quinze à seize ans, puis réglée pendant trois mois après son premier rapport.

*Passé génital.* — A eu un accouchement normal. Retour des couches trois mois après, puis les règles deviennent irrégulières, peu abondantes avec souffrances dans le bas-ventre, dans les reins et les cuisses.

*Opération.* — En 1892 hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

La malade est revue au mois de février 1910.

*Suites opératoires.* — Grande amélioration, disparition des douleurs lombaires, mais a encore des crises de douleurs abdominales. Les règles ne sont naturellement jamais revenues. La malade n'a jamais eu des bouffées de chaleur ni des sueurs ; jamais de maux de tête. Elle dort bien ; les cauchemars sont apparus longtemps après l'opération La mémoire a faibli tout de suite après l'opération, mais la malade n'en avait pas beaucoup avant. Le caractère n'a pas changé, elle prétend qu'elle est plus patiente ; la malade a eu des idées noires et de suicide surtout il y a trois ans et également quatre ans après

l'opération, mais elle prétend avoir eu des raisons pour cela. Les forces de la malade ont diminué quatre ans après et ont toujours diminué depuis l'opération. La malade a eu des passes d'amaigrissement et d'engraissement, mais en moyenne le volume est resté le même. Les seins ont augmenté. Le sens génital n'a jamais été élevé et n'a pas changé.

*Examen physique.* — Pas de sclérose vulvaire. La malade vient pour un kyste qui remonte jusqu'à l'ombilic et qui s'étend jusqu'à la cicatrice vaginale. Il est développé plutôt au-dessus du détroit supérieur ; peu volumineux ; c'est probablement un kyste ligamenteux.

## OBSERVATION XI

Marie L..., cinquante-trois ans.

*Règles.* — Réglée à dix-sept ans. Régulières, non abondantes, non douloureuses. Pas de pertes.

*Passé génital.* — Mariée à quinze ans. A eu six accouchements, trois fausses couches. Un an après la dernière fausse couche, il y a vingt-deux ans, la malade a souffert dans le bas-ventre avec irradiation aux reins.

*Opération.* — En 1887, on pratiqua une hystérectomie totale avec ablation de deux annexes.

La malade est revue au mois de juillet 1908.

*Suites opératoires.* — Les douleurs ont cessé après huit ans, mais à la même époque elle commence une éventration qui a considérablement augmenté de volume. En outre la malade se plaint de douleurs très violentes dans le ventre lui durant par crises qui la prennent subitement, l'empêchent de faire le moindre mouvement. Ces crises viennent assez irrégulièrement des fois quatre ou cinq par jour. La dernière crise a eu quinze jours. Elle a des bouffées de chaleur, très souvent sans heure fixe, mais surtout le matin en se levant, deux ou trois fois par jour avec sensation de froid, en même temps accompagnées de sueurs profuses. Jamais de maux de tête, cependant se plaint d'éblouissements et prétend voir des papillomes. Dort mal, beaucoup de cauchemars

qui datent d'avant l'opération. Depuis cinq mois perte de mémoire ne se souvient plus où elle met ses affaires. Changement de caractère depuis l'opération, s'irrite et s'énerve très facilement. Idées noires, surtout de suicide, qui viennent principalement après les crises de douleurs, a été surveillée de près par ses enfants ; avant l'opération était toujours gaie. Grande diminution des forces. A engraissé, était très maigre avant l'opération. Mauvaise digestion, douleurs gastriques après les repas depuis l'éventration. Pas de rapports depuis vingt ans.

*Examen physique.* — Vulve rétrécie. Vagin court, étroit et sec. Rien au toucher.

## OBSERVATION XII

Virginie J..., quarante ans.

*Règles.* — Réglée à seize ans. Régulières, douloureuses, peu abondantes, durée deux à trois jours.

*Passé génital.* — Mariée en 1891, début de la maladie, pertes blanches abondantes avec douleurs dans le bas-ventre avec irradiation aux cuisses et aux reins, disparaissent par le repos.

*Opération.* — Le 3 février 1898. Hystérectomie subtotale. Ablation des annexes.

La malade est revue le 15 avril 1908.

*Suites opératoires.* — Elle ne souffre plus dans le ventre, mais encore souvent dans les reins. Les pertes blanches et jaunes n'ont jamais complètement disparu depuis l'opération, mais ont nettement diminué. Bouffées de chaleur une dizaine par jour environ, sont apparues au bout de trois ans pour diminuer d'intensité à partir du jour de l'opération de Sims, pratiquée en 1907. Depuis cette intervention les bouffées ont diminué et la malade peut rester plusieurs jours sans les avoir. Elles s'accompagnent de sudation généralisée de tout le corps et de frissons, durée un quart d'heure. Céphalée moins forte qu'avant l'opération. Sommeil avec cauchemars qu'elle avait avant l'opération. Affaiblissement léger de la mémoire. Instabilité du caractère,

elle pleure pour un rien; idées noires et de suicide, parce qu'elle trouve qu'elle n'est plus bonne à rien. A engraissé depuis l'opération, puis a maigri. Affaiblissement de la vue depuis trois ans. En 1906 elle consulte pour l'impossibilité d'exercer le rapport à cause de kraurosis post-opératoire avec démangeaisons et sécheresse de la vulve et du vagin; d'ailleurs la malade remarquait qu'elle souffrait toujours pendant les rapports et n'a jamais eu de désirs ni de plaisir. Mais depuis l'opération de Sims les rapports sont plus faciles.

*Examen physique.* — Aspect grêle et anémie de la muqueuse vulvaire avec très légère rougeur du méat et un petit point rouge au niveau de la glande de Bartholin droite; petites lèvres atrophiées. Col petit avec quelques brides, surtout dans le cul-de-sac postérieur : indice de sclérose. Bonne cicatrice abdominale.

## OBSERVATION XIII

Mme A..., quarante-cinq ans.

*Règles.* — Réglée à douze ans et demi. Régulières, peu abondantes, salissait deux serviettes par jour, durée trois jours en moyenne, non douloureuses.

*Passé génital.* — Pertes blanches étant jeune fille. A eu trois enfants. Pas de fausse couche. Depuis son dernier accouchement, elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre avec métrorragies pour lesquelles elle avait subi un curettage, d'ailleurs sans succès.

*Opération.* — Trois mois après le curettage, en 1892, une hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite double.

La malade est revue au mois d'avril 1909.

*Suites opératoires.* — A ce moment la malade n'a plus de douleurs. Les pertes ont également disparu. Bouffées de chaleur localisées à la face, persistèrent pendant une dizaine d'années, d'intensité gênante au début, pour être remplacées par des vertiges et étourdissements; pas de sueurs; depuis un mois quelques palpitations; pas de changement de caractère; depuis

quelques années elle remarque une légère diminution de la mémoire. Sommeil bon, pas de cauchemars ni maux de tête. Ses forces ont un peu diminué. A engraissé notablement après l'opération, de 128 à 150 livres.

Digestion pénible, constipation.

On note la disparition des sensations et désirs vénériens presque immédiatement après l'intervention ; d'ailleurs ses rapports sont douloureux à cause de la sécheresse de la vulve.

Satisfaite de l'opération.

*Examen physique.* — Petites lèvres bien développées, dépassent les grandes lèvres ; orifice vaginal très large par suite de déchirures multiples cousues après l'accouchement ; il ne reste plus de périnée. Taches rouges sur le pourtour de l'orifice vaginal, principalement à droite et à gauche du méat, pièce de 50 centimes ; petites taches rouges au-dessous du méat qui est un peu scléreux, à peine rouge ; quelques points rouges au niveau de la bride masculine ; petites taches rouges au niveau et au-dessus de l'orifice des glandes de Bartholin, en somme, lésions de kraurosis vulvaire inflammatoire. Hymen a disparu, excepté en avant ; la vulve est sèche et le contact est sensible ; la muqueuse colle aux doigts, d'où la sensation douloureuse. Col un peu caché derrière une bride vaginale postérieure, dimensions : 2 cm. 1/2 de largeur sur 2 centimètres dans le sens sagittal ; l'orifice n'est pas déchiré ; acidité du vagin moyenne ; la sécrétion du col est alcaline.

Pas de colpocèle malgré la béance de la vulve. Petite incision abdominale sans éventration.

## OBSERVATION XIV

Zoé P..., femme C..., quarante ans, ménagère.

*Règles.* — Réglée à neuf ans. Régulières, peu abondantes, durée trois jours, non douloureuses. Pertes blanches, peu abondantes dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Mariée à vingt-deux ans, elle a eu son pre-

mier enfant à vingt-quatre ans ; l'accouchement est suivi d'une petite déchirure du périnée non recousue ; en 1894, elle fait une fausse couche de trois mois avec pertes blanches et douleurs très vives dans le bas-ventre avec irradiations aux reins et aux cuisses.

24 septembre 1896. — *Opération.* — Hystérectomie abdominale subtotale et ablation bilatérale des annexes.

La malade est revue le 11 mai 1910.

*Suites opératoires.* — Elle n'a plus de douleurs, mais rares pertes blanches. Elle accuse des bouffées de chaleur survenant plutôt le jour que la nuit, toutes les demi-heures, accompagnées souvent de sueurs ; ces bouffées diminuent de fréquence depuis quatre ans, cependant, elle en a presque tous les jours avec sueurs, surtout à la suite d'une fatigue. Mémoire affaiblie sensiblement ; caractère changé, très irritable, triste, impatiente, en proie à un ennui continuel Sommeil entrecoupé de cauchemars ; pas d'adipose, ni d'amaigrissement ; les seins sont affaissés. Vue abaissée depuis l'opération. Jamais beaucoup de désirs, ni plaisirs vénériens, maintenant plus de désirs du tout et les rapports deviennent douloureux depuis deux ans. La malade est satisfaite de l'opération parce qu'elle ne souffre plus.

*Examen physique.* — Sclérose de la vulve avec rétrécissement de l'orifice vaginal et l'atrophie des petites lèvres, surtout droite, 1 centimètre de haut et 4 millimètres de large, très minces, avec muqueuse décolorée ; sur la surface interne de la petite lèvre droite et du vestibule, une large plaque brune au milieu d'une blanche, correspondait peut-être à une déchirure puerpérale ; hymen atrophié sur toute l'étendue et il ne reste que deux ou trois caroncules ; rougeur au niveau de l'orifice des glandes de Bartholin avec vascularisation intense. Au toucher : vagin lisse, col très petit, il n'en reste qu'un moignon, on l'aperçoit mal puisque l'écartement des parois est malaisé : il est circulaire avec tout petit orifice central.

## OBSERVATION XV

M^me^ D..., cinquante-neuf ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans. Peu abondantes, régulières, durée huit jours, non douloureuses.

*Passé génital.* — Mariée à trente-cinq ans. A eu six enfants et une fausse couche de six semaines, suivie d'un curettage. A l'âge de quarante-cinq ans, lors de son accouchement, elle a commencé à souffrir du ventre avec ménorrhagies d'abord, métrorragies ensuite.

*Opération.* — En 1893 on pratique l'hystérectomie vaginale totale pour fibrome. Ablation des deux annexes.

La malade est revue au mois de juillet 1908.

*Suites opératoires.* — Les douleurs ont disparu. Comme troubles on relève de fréquentes bouffées de chaleur accompagnées de sueurs, apparues aussitôt son opération, au nombre de deux par jour, mais les a eues quelquefois avant l'opération. Elle n'a pas remarqué que son caractère ait changé. Pas d'idées noires, pas de cauchemars ; elle dort bien. La mémoire a faibli un peu. Malade forte, l'a toujours été : pesait 171 livres il y a vingt ans. Les désirs vénériens très fréquents avant sont nuls.

*Examen physique.* — La vulve est largement ouverte avec très peu de sclérose. La petite lèvre droite est alignée ; le méat est large, un peu rouge à gauche ; il existe au pourtour de l'orifice vulvaire et à la petite lèvre un plexus veineux assez développé ; au niveau du vestibule il y a aussi un développement assez marqué. Vagin assez large, on ne sent rien dans le pelvis. Cicatrice transversale ordinaire.

## OBSERVATION XVI

A..., femme P..., quarante-neuf ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans. Régulières, peu abondantes, durée deux jours.

*Passé génital.* — Cinq fausses couches ; la dernière est suivie d'une hémorragie et de douleurs dans le bas-ventre, dans l'aine avec irradiations aux cuisses et aux reins.

*Opération* le 25 septembre 1895. — Hystérectomie vaginale totale. Les annexes sont enlevées.

La malade est revue au mois de juillet 1911.

*Suites opératoires.* — Elle ne souffre plus dans le bas-ventre,

mais encore quelques élancements à la vulve. Elle n'accusait aucune trace de bouffées de chaleur pendant quinze ans et demi mais depuis trois mois elle en a très fréquemment, se montrant aussi la nuit. Affaiblissement de la mémoire. Le caractère est changé, elle est triste, irritable, méchante et colèreuse ; rêves fréquents, non terrifiants. Céphalée survenant presque aussitôt après l'opération persiste pendant six mois, réapparaît il y a un an pour disparaître au moment d'apparition des bouffées de chaleur.

Embonpoint d'abord, amaigrissement ensuite de 17 livres ; vue est affaiblie ; voix rauque, plus forte. Les désirs vénériens persistent, mais le rapport devient pénible à cause du rétrécissement et sécheresse de la vulve.

*Examen physique.* — Vulve dolente et sclérosée ; grandes et petites lèvres flasques ; la vulve est un peu rouge ; fragments d'hymen pas trop atrophié ; méat rouge. Au toucher : plus d'utérus ; sécrétion blanche du vagin avec petits points rouges sur sa paroi.

## OBSERVATION XVII

Eugénie F..., femme C..., cinquante-sept ans.

*Règles.* — Réglée à quinze ans, régulières, durée trois jours, non douloureuses. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Mariée à vingt ans. Un accouchement à vingt et un ans, sans suites ; pas de fausse couche. Depuis l'âge de vingt-trois ans la malade souffrait dans les deux côtés du bas-ventre avec douleurs très intenses non calmées par le repos.

*Opération.* — Hystérectomie totale avec oophorectomie double pratiquée en 1899.

La malade est revue le 9 juillet 1910.

*Suites opératoires.* — Après quelques mois d'accalmie, les douleurs ont reparu dans le bas-ventre, d'intensité moindre qu'auparavant, avec quelques pertes blanc jaunâtre. Elle a eu des bouffées de chaleur très fréquentes jour et nuit avec sueurs, pendant les premiers six ans qui suivirent l'opération : ces

bouffées ont diminué beaucoup de fréquence, mais reprennent au moment correspondant aux anciennes règles.

La mémoire est affaiblie ; le caractère est changé, mais seulement plusieurs années après l'opération, elle est devenue nerveuse, irritable, méchante, sujette à des pensées noires. Asthénie neuro-musculaire, la malade se trouve lasse pour un rien. Voix devenue rauque, plus forte. A engraissé pour maigrir depuis deux ans.

*Examen physique.* — Orifice vulvaire petit, rétréci ; pas de lésions apparentes ; rien dans les culs-de-sac.

## OBSERVATION XVIII

Marie D..., cinquante-neuf ans, domestique.

*Règles.* — Réglée à seize ans, régulières, très abondantes, durent sept à huit jours.

*Passé génital.* — A trente-neuf ans, après un effort violent, les bras en l'air pour accrocher un tableau, elle fait un prolapsus utérin ; un an après, douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations aux cuisses, aux reins ; métrorragies d'abord, ménorragies ensuite.

*Opération.* — En 1894, hystérectomie subtotale avec ablation bilatérale des annexes.

La malade est revue le 30 mai 1910.

*Suites opératoires.* — Bouffées de chaleur au moment des anciennes règles, non gênantes. Sommeil léger mais sans cauchemars. Un peu plus nerveuse, mais pas d'idées noires.

Elle est satisfaite de l'opération.

*Examen physique.* — Grandes lèvres assez flasques, mais bien développées ; système pileux peu développé ; petites lèvres nettement atrophiées en longueur, mais assez épaisses. Clitoris caché sous capuchon ; orifice vaginal très étroit. Hymen de coloration rose, éversé, se continue directement avec le vagin ; déchirure nette en bas et à droite ; col très petit, atrophié. On ne sent rien dans le pelvis. Hernie sus-pubienne bilobée de 15 cen-

timètres en arrière, irréductible, correspond à la cicatrice qui est petite. La malade a été drainée, donc cicatrisation secondaire lente qui a duré trois mois.

## OBSERVATION XIX

Juliette D..., cinquante-cinq ans, modiste.

*Règles.* — Réglée à douze ans, irrégulières, peu abondantes jusqu'à dix-huit ans ; de dix-huit à vingt ans régulièrement.

*Passé génital.* — A partir de vingt ans les règles deviennent douloureuses et irrégulières. A vingt-deux ans fausse couche de trois mois suivie de douleurs dans le bas-ventre et aux reins.

*Opération.* — En 1899, le 21 janvier, hystérectomie abdominale totale pour fibrome de l'utérus. Ablation des annexes des deux côtés.

La malade est revue le 25 mars 1911.

*Suites opératoires.* — Elle n'a plus de douleurs ni de pertes. Comme trouble on relève à peine quelques bouffées de chaleur non accompagnées de sueurs. Pas de perte de mémoire ; fréquents maux de tête ; un peu plus nerveuse. Les forces ont diminué ; sommeil calme, mais léger. Amaigrissement depuis trois ans, mais elle est devenue diabétique, à quoi il faut attribuer l'affaiblissement considérable de la vue. Voix plus grave ; les seins sont affaissés ; légère surdité à la suite des otites.

*Examen physique.* — Kraurosis vulvaire accentué. Atrophie des grandes et petites lèvres ; hymen disparu ; muqueuse sèche avec plaques rouges. Orifice vaginal étroit, on croirait que la malade n'a jamais eu de rapports.

## OBSERVATION XX

Rosalie B..., soixante-deux ans.

*Règles.* — Réglée à dix-sept ans, irrégulières, très abondantes durée huit à quinze jours et salissait trois à quatre serviettes par jour, douloureuses.

*Passé génital.* — Pas d'enfants ; pas de fausse couche. A l'âge de vingt-cinq ans les règles deviennent de plus en plus irrégulières et douloureuses, elles l'ont épuisée.

*Opération.* — Le 10 août 1899, hystérectomie vaginale totale avec ablation des deux annexes.

La malade est revue le 30 août 1909.

*Suites opératoires.* — Quelques pertes blanches après l'opération. Les douleurs ont disparu. La malade se portait bien. Bouffées de chaleur fréquentes les premiers six ans, deviennent de moins en moins fréquentes, maintenant elle en a encore à n'importe quel moment de la journée accompagnées de peu de sueurs. Sommeil entrecoupé des cauchemars. Mémoire affaiblie depuis l'opération, oublie ses commissions. Le caractère peu changé, s'énerve plus facilement. Diminution notable des forces. Ni d'amaigrissement, ni d'adipose. Vue s'affaiblit. Digestion pénible. Seins ont très peu diminué de volume.

Satisfaite de l'opération.

*Examen physique.* — Kraurosis post-opératoire très accentué ; petites lèvres très atrophiées et très rétractées, un peu rouges. Vagin court, étroit et sec.

## OBSERVATION XXI

J..., femme L..., quarante-cinq ans, ménagère.

*Règles.* — Réglée à treize ans, régulières, douloureuses, peu abondantes, durant trois jours.

*Passé génital.* — Quatre accouchements normaux ; pas de fausse couche. Commence à souffrir après son dernier accouchement de règles abondantes, d'écoulement muco-purulent blanc jaunâtre et de douleurs dans le bas-ventre avec irradiation aux cuisses.

*Opération.* — Le 22 juillet 1892 hystérectomie subtotale avec ablation des deux annexes. Adhérences intestinales.

La malade est revue le 31 janvier 1913.

*Suites opératoires.* — Pertes jaunes depuis six ans ; bouffées

de chaleur survenant plus le jour que la nuit et surtout intenses au moment des anciennes règles. Ces bouffées diminuent de fréquence depuis quelques années. Affaiblissement de la mémoire ; tendance aux idées noires ; plus irritable ; sommeil agité avec cauchemars. Asthénie neuro-musculaire ; la malade se sent lasse, étourdissements accompagnés de céphalée. A l'âge de trente ans, la malade dit avoir beaucoup engraissé. Digestion pénible avec douleurs épigastriques et abdominales. Douleurs depuis un an et demi en urinant tenant à l'éventration avec mictions fréquentes.

*Examen physique.* — Éventration sous-ombilicale avec adhérence épiploïque. Vulve déchirée au niveau de la fourchette. Grandes lèvres un peu atrophiées.

## OBSERVATION XXII

A..., femme L..., cinquante-neuf ans.

*Règles.* — Réglée à quatorze ans, régulières, assez abondantes, durée huit jours, non douloureuses.

*Passé génital.* — Mariée à dix-neuf ans Pas d'enfants. Pas de fausse couche. Opérée en 1885 pour phlegmon-péri-utérin et une pelvi péritonite suppurée par une incision latérale gauche parallèle à l'arcade de Fallope.

*Opération.* — En 1894 deuxième opération d'hystérectomie totale avec ablation bilatérale des annexes.

La malade est revue le 27 janvier 1910.

*Suites opératoires.* — Les douleurs et les pertes n'ont pas réapparu. On note des bouffées de chaleur survenant tous les jours sans tendance à la diminution. Le caractère a changé à la suite de la mort de son mari, nerveuse, émotive, très aigrie par des pensées tristes et des idées noires. Mémoire affaiblie. Digestion pénible, lourdeur après les repas. Adipose très marquée, elle pèse 145 livres.

*Examen physique.* — Le ventre est gros avec sensation de cicatrices dues à des applications de pointes de feu ; à gauche il

y a une cicatrice de la première opération. Les grandes lèvres sont peu développées ; les petites lèvres sont atrophiées, l'hymen est presque complètement disparu. Le vagin est lisse avec une cicatrice. A la place du col on ne sent rien ; à gauche il y a une masse kystique de la grosseur d'une orange légèrement fluctuante.

## OBSERVATION XXIII

Adèle S..., quarante-sept ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans, régulièrement ; jamais de pertes.

*Passé génital.* — Elle a fait une fausse couche à l'âge de vingt ans et, depuis, elle souffrait dans le bas-ventre. Soignée pendant dix ans par les pansements sans résultat, elle se résigne à l'opération.

*Opération.* — Le 31 juillet 1896. Hystérectomie vaginale totale pour métrite et salpingite double.

La malade est revue au mois de février 1912.

*Suites opératoires.* — Depuis quelques mois la malade n'avait ni bouffées de chaleur, ni diminution de la mémoire, ni changement de caractère. Elle dormait bien, sans cauchemar. A très peu engraissé. Depuis trois mois elle dit avoir des bouffées de chaleur, des maux de tête. La mémoire baisse ; le sommeil est lourd avec cauchemars ; devient nerveuse, sujette aux idées noires ; les forces diminuent ; éprouve des frissons fréquents et froid aux pieds. Les rapports sont douloureux.

*Élimination urinaire.* — Volume d'urine par vingt-quatre heures : 1.250 grammes ; réaction acide : urée 8 gr. 96 par litre ; acide urique 0 gr. 27 ; chlorures 8 gr. 6 ; phosphates 0 gr. 65.

*Examen physique.* — Poils assez abondants ; grandes lèvres flasques ; petites lèvres petites ; orifice vulvaire scléreux, présente une cicatrice postérieure due à la déchirure du périnée non réparée, paroi postérieure du vagin scléreuse et sèche.

## OBSERVATION XXIV

Marie G..., cinquante-cinq ans, couturière.

*Règles.* — Réglée à quinze ans, régulières, non douloureuses, peu abondantes, durée cinq à six jours. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Pas d'accouchement ni de fausse couche. Chancre de la vulve à vingt-six ans. Ménorragie à trente-six ans avec douleurs dans le bas-ventre. On pratique le curettage, sans résultat.

*Opération.* — Au mois de novembre 1895, hystérectomie totale pour salpingo-ovarite double.

La malade est revue le 2 novembre 1913.

*Suites opératoires.* — Les pertes ont disparu. Douleurs dans le bas-ventre, disparaissent après quatre ans, mais elle souffre seulement un peu aux lombes. Coliques hépatiques tous les six mois pendant douze jours, mais ne se renouvellent plus depuis six ans. Bouffées de chaleur avec sueurs, apparaissent six ans après l'opération pour persister jusqu'à ces jours sans tendance à la diminution d'intensité, ni de fréquence. Ces bouffées se montrent cinq à huit fois par jour, jamais la nuit. Les forces ont diminué considérablement depuis l'opération. Maux de tête fréquents, surtout le jour. Mémoire bonne. Affaiblissement considérable de la vue depuis l'opération. Sommeil bon. A engraissé après l'opération, mais a maigri de 22 livres il y a quelque temps. Constipation. Les désirs et plaisirs vénériens ont diminué. Douleurs ostéocopes et gommes cutanées probablement de nature syphilitique traitées par piqûres, il y a deux ans.

*Examen physique.* — Gomme cutanée abdominale en voie de cicatrisation ; cicatrice de nature indéterminée, longue de 4 centimètres, au pli de l'aîne, parallèle à l'arcade de Fallope.

Kraurosis post-opératoire et inflammatoire : points rouges sur le pourtour vulvaire ; amincissement des petites lèvres. Vagin très court et lisse. Dans le pelvis on sent une induration à gauche, comme une noisette.

## OBSERVATION XXV

Adèle B..., femme O..., quarante-six ans.

*Opération.* — Opérée le 6 décembre 1897. Laparotomie. On enlève les annexes droites et on résèque l'ovaire gauche. Conservation de l'utérus.

La malade est revenue au mois de janvier 1910.

*Suites opératoires.* — Après l'opération la malade a eu des pertes rouges abondantes avec caillots durant huit à dix jours, et douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche où on avait conservé une partie de l'ovaire. Traitée à la clinique de gynécologie par le massage, mais en sortant du service la malade a eu de nouveau des pertes rouges abondantes qui ont duré plus de huit jours. Règles deviennent irrégulières, mais moins abondantes qu'avant l'opération, durée cinq jours et non douloureuses. Vers trente-cinq ans elles ont cessé brusquement, devenant de moins en moins abondantes. Après six mois les règles ont réapparu ; elles ont duré huit jours et ont affecté le même caractère que précédemment. Pendant trois ans les règles sont revenues de six mois en six mois et à trente-huit ans disparaissent pour ne plus revenir. Actuellement la malade ne perd ni en blanc ni en rouge. Depuis son opération les bouffées de chaleur apparaissent, jusqu'à une trentaine par jour, et l'incommodaient très fortement.

A l'heure actuelle elle en a encore, mais leur nombre et leur intensité a beaucoup diminué. Elle n'a ni engraissé, ni maigri.

Caractère irritable, perte de mémoire depuis l'opération.

*Examen physique.* — La vulve a l'aspect scléreux ; ses petites lèvres sont minces, la muqueuse a une coloration jaunâtre ; l'hymen est bien conservé et il ne manque que le point inférieur gauche ; sa couleur est pâle ; le vagin est lisse et un peu sec, ses parois ne sont pas souples. Le col est petit et dur. L'utérus est un peu gros, 6 à 7 centimètres ; très mobile, en antéversion : il est augmenté de volume et changé de forme ; on sent à sa surface des nodosités et par endroit on perd sa surface.

## OBSERVATION XXVI

Mathilde B..., cinquante-sept ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans, régulières, assez abondantes, durant trois à quatre jours, sans caillots, non douloureuses.

*Passé génital.* — Trois grossesses à terme. Pas de fausse couche.

*Opération.* — Opérée en 1882 pour kyste dermoïde de l'ovaire droit adhérant à la paroi abdominale; kyste rempli de graisse et cheveux pelotonnés avec épaississement cartilagineux. Ablation des annexes droites.

La malade est revue le 6 août 1908.

*Suites opératoires.* — Depuis six mois la malade a des douleurs dans le ventre, surtout du côté droit et dans les reins ; un mois après, elle a commencé d'avoir des pertes blanc rosé, d'odeur un peu désagréable. Les bouffées de chaleur se montrèrent six mois après l'opération, sans sueurs, deux ou trois fois par jour durant quatre mois, surtout après le repas et jamais la nuit. Ces bouffées ont disparu au bout de deux ans. N'a pas eu de maux de tête. Dort bien, jamais de cauchemars; la mémoire n'a pas faibli. Depuis deux ans sa vue a un peu baissé. Aucun changement de caractère, n'a jamais eu d'idées noires. Ne s'est pas aperçu de la diminution de ses forces. Quinze ans après l'opération, a grossi de 40 livres en six ans, depuis deux ans a maigri de 20 livres. Les rapports deviennent douloureux dès l'opération, surtout à l'entrée, et elle n'éprouvait plus aucun plaisir ; elle a remarqué que la vulve est plus sèche.

*Examen physique.* — L'orifice vulvaire est rétréci ; il présente des taches rouges sur tout le pourtour ; la muqueuse n'est pas lubrifiée facilement. Le méat ne présente pas de rougeur ; les petites lèvres sont atrophiées, hautes de 1 à 2 centimètres à peine. Au toucher on sent le col dur, irrégulier, et le doigt explorateur ramène du sang. Les culs-de-sac vaginaux sont rétractés, si bien qu'on ne peut ouvrir le spéculum et voir le col, d'autant plus qu'il existe une bride vaginale postérieure. Le corps est un

peu gros, en antéflexion, tout organe est en rétroposition. Un peu d'induration à la base du ligament large droit.

Diagnostic : épithélioma du col propagé au ligament large droit.

## OBSERVATION XXVII

Marie G..., femme P..., cinquante-cinq ans.

*Règles.* — Réglée à seize ans, abondantes, peu douloureuses, précédées de nausées et de vomissements glaireux.

*Opération.* — En octobre 1900, hystérectomie totale pour fibrome pesant 1 kilogramme. Ablation des annexes droites.

La malade est revue le 27 avril 1910.

*Suites opératoires.* — Plus de pertes, ni de douleurs. Bouffées de chaleur fréquentes, même nocturnes, accompagnées de sueurs qui sont devenues de moins en moins intenses et fréquentes ; très gênantes pendant quelques années après l'opération, presque nulles maintenant. La mémoire est peu affaiblie ; la malade est d'une irritabilité excessive avec des phénomènes d'ordre neurasthénique : fatiguée pour un rien, accès d'oppression, palpitations, affaiblissement de la vue, constipation Sommeil difficile avec cauchemars fréquents. Elle a engraissé d'environ 20 livres. Les névralgies faciales en 1907, dues à la nécrose du maxillaire supérieur, l'obligèrent à subir une opération ; les névralgies disparaissent pour revenir dix-huit mois plus tard ; cessation des névralgies faciales depuis neuf mois ; sensation d'une zone anesthésique faciale.

*Élimination urinaire.* — Densité 1,005 ; réaction acide : urée 13 gr. 85 par vingt-quatre heures ; acide urique 0 gr. 63 ; chlorures 13 gr. 60 ; phosphates 1 gr. 62.

*Examen physique.* — Atrophie de l'hymen et du vagin avec cicatrice opératoire dans le ventre, de la longueur de l'index. Kraurosis inflammatoire et leucoplasique. Leucoplasie buccale. Pas d'éventration.

## OBSERVATION XXVIII

M^lle C..., trente-quatre ans.

*Règles.* — Réglée à douze ans, régulières, peu abondantes, durée deux jours et demi, douloureuses.

Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Pas d'accouchement, pas de fausse couche. Pertes blanc jaunâtres depuis très longtemps avec douleurs dans le bas-ventre s'irradiant aux reins et aux cuisses.

*Opération.* — Au mois de septembre 1900 laparotomie. Ablation des annexes gauches.

La malade est revue le 20 octobre 1913.

*Suites opératoires.* — Plus de pertes ni de douleurs. Règles deviennent régulières, non douloureuses, mais il y a trois ans elle recommence à perdre en rose avec douleurs vives dans le bas-ventre, mais beaucoup moins qu'avant l'opération, encore souvent dans les reins. Bouffées de chaleur survenues aussitôt après l'opération, très intenses au moment des règles, durant quelquefois une demi-heure et suivies de sueurs très abondantes et laissant après elles un grand abattement. Ces bouffées se montrent par crises de deux ou trois, surtout le jour et au moment des règles, en diminuant d'intensité depuis six mois. Léger affaiblissement de la mémoire, mais elle est moins irritable et nerveuse qu'avant l'opération. Les maux de tête assez intenses avant l'opération diminuent de force, mais par contre elle a des étourdissements, surtout après la fatigue. Accès d'oppression ; fréquentes palpitations. Asthénie neuro-musculaire intense, fatiguée pour un rien, elle sent engourdies sa jambe et sa main gauche toutes les fois qu'elle fait un effort plus considérable, surtout pendant les règles. Le sommeil est mauvais, avec cauchemars. A engraissé de 10 livres ; les seins ont diminué de volume. Les désirs vénériens sont très affaiblis, les sensations intactes. Les mictions sont fréquentes surtout quand la malade est un peu fatiguée. Les extrémités sont glacées continuellement depuis deux ans.

Elle est satisfaite de l'opération.

*Examen physique.*— Aucun changement des organes génitaux externes. Métrite chronique.

## OBSERVATION XXIX

Eugénie F..., quarante ans.

*Règles.* — Réglée à onze ans, régulières, peu douloureuses, peu abondantes, durant quatre jours.

*Passé génital.* — Mariée à vingt ans, elle a d'abord eu trois mois après son mariage une grande perte qui l'a forcée à s'aliter et, depuis ce moment, elle souffrait dans le bas-ventre qui augmentait de volume.

*Opération.*— Le 2 décembre 1893 on pratique une extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche. Conservation de l'ovaire droit sain.

La malade est revue le 16 juillet 1908.

*Suites opératoires.* — Elle est restée onze ans complètement bien portante sans présenter de troubles de l'insuffisance ovarienne, sauf en ce qui concerne la menstruation. Les règles étaient devenues irrégulières immédiatement après son opération : tantôt elle était réglée tous les quinze jours, tantôt elle avait des périodes d'aménorrhée durant trois mois. A deux reprises, peu de temps après l'opération, elle eut des métrorragies peu abondantes durant trois mois. Depuis l'âge de trente-sept ans elle est ménopausée. La ménopause s'est installée brusquement à la suite d'une forte émotion. Depuis la ménopause elle a commencé à avoir des bouffées de chaleur fréquentes plus fortes la nuit que le jour, accompagnées de sueurs. Pas d'insomnie ni de céphalée. La mémoire n'est pas modifiée comme le caractère. A beaucoup maigri. Actuellement, depuis quatre mois, elle souffre dans le ventre et dans les reins avec vomissements alimentaires. Pas de changement vénérien.

*Examen physique.* — A l'examen on constate une métrite chronique sans modifications apparentes des organes génitaux externes : vulve large, vagin assez long. Bonne cicatrice.

## OBSERVATION XXX

Marguerite K..., quarante-cinq ans, domestique.

*Règles.* — Réglée à quinze ans ; régulières, très abondantes, durant sept à huit jours, douloureuses.

*Passé génital.* — Pas de fausse couche. A eu un accouchement suivi d'une péritonite qui a tenu la malade deux mois à l'hôpital. S'est bien portée jusqu'à trente ans. Depuis cette époque pertes blanches et douleurs dans le bas-ventre, au milieu, dans les aines, avec irradiations dans les reins et la cuisse droite.

*Opération.* — Le 24 mai 1896 laparotomie. Oophorectomie droite et ignipunctures à gauche.

La malade est revue le 8 novembre 1910.

*Suites opératoires.* — Les règles sont revenues un mois après l'opération, régulières jusqu'à ces deux dernières années. La malade souffre toujours du ventre, mais beaucoup moins, encore souvent dans les reins, bouffées de chaleur nulles pendant au moins dix ans, sont devenues gênantes au moment des règles et surtout pendant la journée. Troubles congestifs. Perte de la mémoire depuis trois ans, nulle au début ; le caractère a changé, très coléreuse, irritable, crises de larmes pour rien ; sommeil agité avec cauchemars ; maux de tête diminuent le temps dernier ; amaigrissement ; diminution de volume des seins ; affaiblissement de la vue surtout marqué depuis cinq ans ; les désirs vénériens et le plaisir sont exaspérés. Érysipèle un an après l'opération.

N'est pas satisfaite de l'opération, parce qu'elle souffre toujours.

*Examen physique.* — Vulve un peu scléreuse ; petites lèvres atrophiées ; atrophie de l'hymen dans ses parties inférieures ; rétrécissement de l'anneau vaginal. Col petit, scléreux ; l'utérus est en bonne position. On sent un empâtement en arrière, mais qui peut être dû à des selles accumulées. Variqueuse.

## OBSERVATION XXXI

A..., femme B..., trente-neuf ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans ; irrégulières, douloureuses, abondantes, durée sept jours avec caillots, la malade salissait trois serviettes par jour. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Mariée à dix-neuf ans elle a eu un enfant à terme à vingt ans ; la grossesse, les couches et les suites de couches ont été tout à fait normales. Pas de fausse couche.

*Opération.* — Le 7 juin 1894, laparotomie ; ablation des annexes gauches et résection de l'ovaire droit.

La malade est revue au mois de février 1910.

*Suites opréatoires.* — Elle a des règles comme auparavant, douloureuses avec caillots ; les pertes blanches ont disparu complètement. En outre la malade se plaint de douleurs lombaires avec irradiations aux cuisses, à l'anus, disparaissant par le repos. Cinq ans après l'opération elle fait une couche à terme normale, sans suites pathologiques.

Bouffées de chaleur survenant seulement la nuit. Sommeil léger accompagné de cauchemars ; de plus, elle est très irritable et nerveuse. La mémoire est affaiblie. La malade a un peu engraissé, mais depuis deux mois elle commence à maigrir, elle pèse cependant 170 livres, étant toujours très forte. Digestion difficile : nausées, rougeur des pommettes, somnolence, constipation.

*Examen physique.* — Kraurosis du côté des lèvres ; hymen conservé dans quelques parties ; col petit, le corps de l'utérus peu sensible au toucher est dévié un peu à gauche avec légère antéflexion. Les culs-de-sac sont libres, sauf à droite où on sent une petite bosselure, le reste de l'ovaire droit.

## OBSERVATION XXXII

F..., femme F... soixante-quatre ans, ménagère.

*Règles.* — Réglée à douze ans, régulières, non douloureuses, normales.

*Passé génital.* — A eu deux accouchements normaux et une fausse couche de trois mois à trente ans. Depuis cette époque, métrorragies abondantes durant dix jours avec caillots ; pas de pertes dans l'intervalle des règles, mais elle se plaignait d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, parfois de douleurs vives avec irradiations à la cuisse gauche.

*Opération.* — Le 30 juin 1901, hystérectomie abdominale subtotale. Ablation des annexes. Conservation de l'ovaire droit sain.

Le malade est revue le 25 octobre 1913.

*Suites opératoires.* — La douleur est disparue, sauf ces derniers mois où elle a souffert au moment de la marche avec irradiations à l'anus et aux lombes. Bouffées de chaleur avec sueurs depuis six mois, survenant plutôt le matin que la nuit, plus fortes après les repas, peu gênantes. A peine en a-t-elle eu trois ou quatre fois par jour les premiers mois de l'opération et pendant onze ans elle n'était nullement incommodée Les forces sont demeurées intactes jusqu'à ces derniers mois. Les palpitations gênantes avant l'opération ont disparu. A engraissé de 15 livres. Vue baisse aussitôt après l'opération. Digestion pénible, mais antérieure à l'opération. Aucun changement vénérien.

Satisfaite de l'opération.

*Élimination urinaire.* — Fréquence des mictions due au polype de l'urètre. Urines faiblement acides. Urée 14 gr. 40 par vingt-quatre heures ; phosphates 0 gr. 70.

*Examen physique.* — Kraurosis post-opératoire avec polype du méat. Pâleur de la vulve ; amincissement des petites lèvres. Légère sécheresse du vagin qui est lisse. Pas d'éventration.

## OBSERVATION XXXIII

Thérèse M..., quarante-huit ans.

*Règles.* — Réglée à dix-sept ans, régulières, abondantes, durant six à sept jours, salissait cinq serviettes par jour, douloureuses. Pertes blanches avant la puberté.

*Passé génital.* — A l'âge de vingt-trois ans elle a eu un enfant qui mourut à dix-huit mois, déchirure du périnée cousue. En 1901, au mois de novembre, elle s'aperçoit que son ventre grossit et quatre mois après, les règles deviennent très douloureuses et plus abondantes.

*Opération.* — Le 3 avril 1901 hystérectomie pour fibrome utérin. Ablation des annexes droites.

Le malade est revue le 29 février 1912.

*Suites opératoires.* — Après l'opération elle ne souffre plus du ventre, mais de temps en temps des reins. Depuis quinze jours les douleurs dans le bas-ventre reprennent avec exaspération après la fatigue et la position assise. Bouffées de chaleur, apparurent il y a deux ans dans le dos et à la figure, plus marquées après le dîner; palpitations ; mémoire diminue depuis peu de temps. Sommeil bon, rares cauchemars. Maux de tête d'intensité moindre qu'avant l'opération. A engraissé de 15 livres. Pas de troubles digestifs.

*Examen physique.* — Sclérose vulvaire très marquée au niveau de la fourchette; pâleur de la muqueuse ; petites lèvres hypertrophiées; hymen disparu par place et le lambeau restant est pâle; quelques brides au fond du vagin. Dans le bassin rien.

## OBSERVATION XXXIV

A..., femme G..., quarante et un ans.

*Règles.* — Réglée à quatorze ans. Aménorrhée pendant quatre ans ; réglée de nouveau à dix-huit ans, irrégulières, tous les deux ou trois mois, abondantes, durant quatre à six jours.

*Passé génital.* — A eu deux enfants à vingt-deux ans et vingt-quatre ans : accouchements bien difficiles; fausse couche à vingt-cinq ans, avec hémorragies durant deux mois.

*Opération.* — En 1896, pour kyste de l'ovaire. Hystérectomie subtotale et ablation unilatérale des annexes.

La malade est revue au mois d'octobre 1909.

*Suites opératoires.* — Elle accuse des bouffées de chaleur survenant le jour et la nuit; caractère changé, très irritable

triste, impatiente ; troubles neuro-musculaires. Depuis trois mois elle perd en rouge et en jaunâtre, et souffre du ventre surtout au moment de la marche.

*Examen physique.* — Kraurosis post-opératoire. Sclérose vulvaire, petite lèvre gauche complètement déchirée ; hymen disparu ; vagin étroit, scléreux, et dans sa paroi postérieure on sent une surface irrégulière du volume de 2 francs, avec petite ulcération dans la partie postérieure du vagin, sans caractère défini. Col de l'utérus petit, dévié en arrière. Dans le cul-de-sac de Douglas une ulcération.

## OBSERVATION XXXV

W..., femme B..., trente-neuf ans.

*Règles.* — Réglée à treize ans, régulières ; à seize ans, aménorrhée de trois mois. Pertes blanches dans l'intervalle des règles pendant six mois. Coxalgie à dix-huit ans.

*Passé génital.* — A l'âge de vingt et un ans, les règles deviennent irrégulières, abondantes, durée six jours et douloureuses. De plus, elle souffre par crises d'une douleur vive au niveau de la fosse iliaque droite, douleur qui s'exagère au moment des règles et ne disparaît pas par le repos. Un an après, elle fait une crise de péritonite et six semaines après elle fut opérée.

*Opération.* — Laparotomie. Extirpation des annexes droites et résection de trois quarts de l'ovaire gauche.

La malade est revue le 27 mars 1912.

*Suites opératoires.* — Après l'opération, les règles sont toujours irrégulières, moins douloureuses et moins abondantes, elle salit deux serviettes par jour, durée cinq jours. Bouffées de chaleur accompagnées de sueurs, se montrent par crises suivies d'étourdissements et lipothymie. Affaiblissement de la mémoire durant six mois ; irritabilité du caractère assez nette ; amaigrissement ; palpitations depuis longtemps. Sommeil avec cauchemars ; maux de tête forts après l'opération, diminuent d'intensité les derniers quatre ans.

*Examen physique.* — Utérus rétroversé et hypertrophié ;

dans les culs-de-sacs rien ; on sent l'ovaire gauche ; pas de lésions scléreuses de la vulve ni du vagin ; rien d'appréciable à l'hymen.

## OBSERVATION XXXVI

Eugénie C..., quarante-cinq ans.

*Règles.* — Réglée à onze ans, régulières, non abondantes ni douloureuses.

*Passé génital.* — Mariée à dix-neuf ans ; trois mois après son mariage a eu une fausse couche de deux mois. Depuis ce temps elle souffrait dans tout le bas-ventre.

*Opération.* — En 1895, laparatomie pour kyste parovarien. L'utérus et les annexes droites sont respectés.

La malade est revue le 5 janvier 1910.

*Suites opératoires.* — Les douleurs ont disparu. Cinq ans après la malade n'a plus de règles. L'insuffisance mitrale est diagnostiquée deux ans après l'opération. Bouffées de chaleur fréquentes le jour et la nuit, accompagnées de sueurs ; nausées, vomissements. Mémoire bonne. Pas de changement de caractère.

*Examen physique.* — Grandes et petites lèvres sont normalement développées ; hymen se présente sous la forme de caroncules : deux à la partie postérieure et une légère collerette à la partie antérieure. Le vagin plissé au tiers inférieur de sa partie antérieure est lisse dans toute la partie de son étendue ; les culs-de-sac sont petits, le cul-de-sac latéral gauche est particulièrement effacé. Le col est petit, conique, son orifice punctiforme ; parois du vagin saines, point de contact vaginal est ulcéré comme le col. L'utérus est petit ; rien dans les annexes ; on ne sent rien dans les annexes gauches. En écartant le vagin avec une valve on constate que le col est petit, ulcéré et à son point au contact avec le vagin, se trouve également une ulcération.

## OBSERVATION XXXVII

Ernestine N..., quarante-quatre ans.

*Règles.* — Reglée à onze ans et demi, régulières, peu abondantes, durant cinq jours, non douloureuses. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

*Passé génital.* — Pas de fausse couche. A eu un enfant. Vers l'âge de vingt-cinq ans, métrite avec ménorragies. Douleurs dans le bas-ventre avec irradiations aux cuisses et aux reins.

*Opération.* — Le 22 octobre 1903 hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome avec conservation des annexes.

La malade est revue au mois d'octobre 1913.

*Suites opératoires.* — Elle ne souffre plus du ventre, mais encore quelquefois dans les reins. Pertes blanches peu fréquentes. Petites hémorragies au début, il y a six ans, dues au polype du méat cautérisé. Bouffées de chaleur allaient jusqu'à dix par jour, accompagnées d'éblouissements et de picotements dans la tête, pour diminuer progressivement d'intensité et de fréquence. Perte de mémoire assez marquée; pas d'irritabilité de caractère ; pas d'idées noires, mais les crises de nerfs disparaissent après l'opération. Sommeil bon. Asthénie neuro-musculaire, fatiguée pour un rien avec accès d'oppression, d'étourdissement allant jusqu'à la perte de connaissance. Digestion pénible, constipation. Désirs et plaisir vénériens n'ont pas changé.

Satisfaite de l'opération, parce qu'elle ne souffre plus.

*Examen physique.* — Pas d'atrophie vulvaire, mais sur le col on voit quelques kystes, de la sclérose ; méat rectiligne et transversal long de 1 centimètre. Pas d'éventration.

## OBSERVATION XXXVIII

Clarisse B..., soixante-dix ans.

*Règles.* — Réglée à dix-sept ans et demi, régulières, douloureuses, peu abondantes, durée, trois jours ; pas de pertes.

*Passé génital.* — Mariée à vingt-trois ans. Un enfant à vingt-quatre ans. Ménopause à quarante-sept ans précédée de phénomènes d'insuffisance ovarienne, comme bouffées de chaleur, insomnies, idées noires, idées de suicide. Deux ans après la ménopause elle se plaint de douleurs abdominales ; à l'examen, en 1891, on trouve le prolapsus utérin et on conseille à la malade de porter un pessaire qu'elle fait pendant deux ans sans résultat, et alors elle vient à la clinique de gynécologie.

*Opération.* — Opérée le 21 janvier 1893 d'une hystérectomie vaginale avec ligature pour corps fibreux.

La malade est revue le 24 novembre 1912.

*Suites opératoires.* — La malade fut très bien pendant trois ans, cependant des bouffées de chaleur avec sueurs se montrèrent pendant au moins deux ans ; depuis peu de temps apparaissent douleurs sourdes dans le ventre ; maux de tête ; insomnies sans cauchemars ; affaiblissement de la mémoire ; son caractère n'a pas changé ; perte de forces ; la malade a maigri depuis l'opération ; démangeaisons au niveau de la vulve. Seins volumineux.

*Examen physique.*— Rein flottant descendant jusqu'au niveau de la fosse illiaque droite ; poils tombent ; muqueuse vulvaire d'aspect cutané ; vagin court ; cicatrice forme deux cornes en dépression dans le fond du vagin ; léger prolapsus de la muqueuse vaginale postérieure ne dépassant pas l'orifice vaginal ; petites lèvres atrophiées ; hymen complètement disparu.

*Remarque.* — Kraurosis sénile ne peut être pris en considération pour apprécier les troubles consécutifs aux hystérectomies simples, parce que cette opération était pratiquée après la ménopause et la malade examinée dix-neuf ans après l'intervention, à l'âge de soixante-dix ans.

## CONCLUSIONS

1° Les oophorectomies bilatérales provoquent toujours des troubles dits d'insuffisance ovarienne plus ou moins gênants, jamais graves, chez la majorité des castrées dès l'opération, chez les autres plus tard. Elles entraînent l'aménorrhée dans un temps plus ou moins éloigné ;

2° Les troubles sont de deux ordres : les uns atteignent l'organisme dans son ensemble et ils sont d'ordre vaso-moteur (bouffées de chaleur), nerveux (asthénie neuro-musculaire), nutritifs (adipose ou amaigrissement) ; les autres sont localisés à la sphère génitale et de nature atrophique (kraurosis post-opératoire, atrophie du vagin et de l'utérus) ;

3° Ces troubles sont variables dans leur intensité ; ils ne surviennent presque jamais au complet chez une même malade. Les troubles d'ordre congestif sont de beaucoup plus fréquents, puis viennent les troubles nerveux, enfin les troubles nutritifs. L'atrophie du tractus génital est constante ;

4° La durée des troubles d'insuffisance ovarienne est généralement plus longue qu'on ne le dit. Chez les malades observées pendant de très longues

années, on note des périodes de rémission et de rechute ;

5 La majorité de ces troubles n'entraîne pas de gêne notable et n'empêche pas ces malades d'être généralement satisfaites de l'opération qui les a débarrassées de douleurs et leur a même sauvé la vie. Cependant l'adipose ou l'amaigrissement excessifs, d'ailleurs extrêmement rares, sont une cause de diminution de résistance de l'organisme, l'atrophie du tractus génital et en particulier le kraurosis post-opératoire gêne très fréquemment les femmes jeunes, par la dyspareunie consécutive ;

6° Les oophorectomies partielles (ablation unilatérale, résection d'un ovaire, ignipunctures) ne sont suivies d'aucun trouble si l'ovaire ou la portion d'ovaire conservée n'est pas malade, mais souvent il existe déjà de l'ovarite et même des troubles d'insuffisance antérieure à l'opération, et les malades pourront alors présenter évidemment des troubles post-opératoires qui ne seront jamais aussi marqués que dans les castrations totales. Des troubles d'ordre trophique sont rares, en particulier le kraurosis post-opératoire.

La ménopause est généralement avancée et s'accompagne à peu près toujours de troubles connus. Quand on examine des malades opérées depuis dix ans, il peut se faire que la ménopause soit survenue et il faut alors établir le départ entre les troubles post-opératoires et les troubles post-ménopausiques ;

7° Il serait intéressant de comparer les hystérectomies simples avec celles suivies d'oophorectomies, mais à défaut d'un plus grand nombre d'observations sur les hystérectomies simples, il ne nous est pas possible de tirer des conclusions précises de nos deux observations. Cependant nous pourrions remarquer que nos deux malades n'avaient ni troubles psychiques et génésiques, ni troubles d'ordre trophique.

---

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Abrant. — Thèse de Paris, 1898.

Albespy. — An. des mal. de l'or. et du lar., 1894.

Battesti. — Thèse de Montpellier, 1908.

Baudron. — Thèse de Paris, 1894.

Beauréale. — Thèse de Paris, 1908.

Berger. — Arch. d'opt., t. VI, p. 194.

Bouin. — Arch. méd. de l'Est, 1902.

— Bull. de Soc. de Biol., 1906.

Brown-Sequard. — Bull. de Soc. de Biol., 1889

Brocq. — Journ. de méd. et de chir. prat., 1902.

Caratulo et Tarulli. — Boll. de la R. ac. med. de Roma, 22e année, fasc. 5 et 6.

Castex. — Soc. fr. d'Oto-lar. et rhinologie, 1896.

Charrin. — Thèse de Paris. 1896.

Delbet. — Soc. de Chir., 1905.

Discussion de la Soc. de Chir., 10 février 1909.

Ferry. — Thèse de Lyon, 1908.

Francillon. — Essais sur la puberté chez la femme.

Fraenkel. — Arch. f. gynæk. Bd. LXVII.

Gloevecke. — Arch. f. gynæk. Bd. XXXV.

Gomès. — Thèse de Paris, 1898.

Jardry. — Thèse de Paris, 1907.

Jayle. — Revue de chir. abd. et de gyn., 1897.

— Presse médicale, 1896.

Jeannel, de Toulouse. — Congrès fr. de Chir. Paris, 1891.

Koeberlé. — Nouv. diction. de méd. et de chir. prat., t. XXV.

Kraft-Ebing. — Traité clinique de Psychiâtrie.

Lawson-Tait. — Congrès fr. de Chir., 1891.

Luthje. — Arch. f. exper. Pathol., 1903.
Loevy (Robert). — Les troubles ocul. d'orig. gén. chez la femme.
Loisel. — Revue de l'Ec. d'Antrop. de Paris, 1903.
Mauclaire. — Arch. gén. de Chir., 1908.
Mossé. — Journ. Bouchard, 1895.
Parhon et Goldstein. — Les sécrétions internes, 1909,
Pinesse. — Thèse de Paris, 1894.
Pinzani. — Arch. ital. de biol., 1899.
Pozzi. — Congrès fr. de Chir., 1891.
Pozzi, Bouilly, Jayle. — Discussion au Congrès intern., 1900.
— Traité de gyn., 1907.
Prénant. — Revue gén. des Sciences, 1898.
Pugnat (Amédée). — Mém. de la Soc. de biol., t. II.
Richelot. — In thèse de Moutana, 1899.
Roux-Soxiny. — Psychologie. L'instinct sexuel, 1899.
Rubinstein. — Saint-Petersb, med. Wochenschr., 1899.
Sauvé. — Thèse de Paris, 1909.
Segond. — Congrès pour l'avancement des sciences. Reims, 1907.
Sokoloff. — Arch. f. gynæk. Bd. Ll.
Spencer-Wels. — Congrès fr. de Chir., 5e ses. Paris, 1891.

Imp. de la Faculté de Méd.. H. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2466-14